Zeszyt poświęcony sprawie zwalczania chorób wenerycznych.

Rok LV. Kraków, 1. czerwca 1916. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Niebezpieczeństwo społeczne chorób wenerycznych

napisał

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Jak poważne mogą być dla zdrowia jednostki następstwa obu głównych zakażeń wenerycznych, wie i ocenia dziś dość znaczna część ludności męskiej, nawet mniej wykształconej i nawet u nas. Natomiast, nie mówiąc już o ogóle, ba — o jego oświeceńszych warstwach, do dziś niejeden lekarz, i nietylko u nas, nie zdaje sobie sprawy z rozmiarów społecznohigienicznego niebezpieczeństwa tych zakażeń, nawet w czasach zwykłych, cóż dopiero w czasie wojennym i powojennym. Przyczyna leży zapewne w tem, że higiena społeczna jest dotąd większości lekarzy obcą, o ile niektórych jej zagadnień nie narzuca im życie codzienne; a właśnie społeczna strona chorób wenerycznych tem mniej wplata się w to codzienne życie lekarskie, im mniej styka się z niemi lekarz w swej praktyce. Częstość chorób wenerycznych pozostaje wszędzie w stosunku odwrotnym do gęstości zaludnienia; na wsi bywa ona dziesięćkroć mniejszą, niż w miastach, stokroć mniejszą, niż w stolicach [1]). Lekarz więc praktyczny na wsi lub w małem mieście spotyka się z chorobami wenerycznemi i ich następstwami stosunkowo niewiele, bo są one tam w zwykłych warunkach względnie rzadkie; nieinaczej jest jednak i w dużych miastach i w stolicach, bo tam wobec dzisiejszej specyalizacyi dostają się przypadki prawie wszystkie w ręce syfilidologów, ginekologów, neurologów, okulistów. W ten sposób nietylko usuwają się z przed oczu ogółu lekarzy te konsekwencye zakażeń wenerycznych, które są najciemniejszą pod względem społecznym ich stroną, ale wogóle choroby weneryczne zajmują w codziennej pracy lekarza-praktyka zbyt mało miejsca, aby mogły żywsze oblec barwy w jego rozważaniach o społecznych zadaniach zawodu lekarskiego.

Jeżeli jednak kiedy i gdzie, to właśnie dziś i właśnie w Polsce trzeba koniecznie ocenić społecznonarodowe niebezpieczeństwo chorób wenerycznych w całym jego rozmiarze. Ocenić je muszą przedewszystkiem lekarze, a z ich pomocą całe społeczeństwo, albowiem także społeczeństwo samo w wielkiej mierze może i powinno przyłożyć się do zapobieżenia groźnym skutkom na przyszłość.

Groza położenia tkwi przedewszystkiem w tem, że gdy wojna sama przez się i nieodstępne jej towarzyszki, ostre zarazy, głód czy półgłodek i niepowrotne wygnanie, wyszarpują w żywem ciele narodu rany głębokie, leczące się jednak stosunkowo szybko przez sam czas i przez rozrodczość społeczeństwa, — to równie wierni, jak tamte, satellici wojny: choroby weneryczne, alkoholizm, gruźlica, wloką się za nią długim orszakiem i nietylko czasowe czynią wyrwy, ale toczą sam rdzeń społeczeństwa, samo jego jestestwo, podgryzają je u korzenia; nietylko uszczuplają naród ilościowo, ale pogarszają jego jakość, wywołują zmarnienie na długi szereg pokoleń.

Straty, obejmujące walczących z bronią w ręku, bezbronnych, którzy padli znalazłszy się wśród linii bojowych, dalej setki tysięcy dozgonnych wygnańców, setki tysięcy ofiar pomorów w kraju, nędzy na tułaczce, głodu i trudów, — a wreszcie i te straty, które zależą od zmniejszenia się liczby zapłodnień z powodu nieobecności milionów mężczyzn w domu i od idącego za tem spadku liczby urodzeń, — te wszystkie straty powetuje sobie w latach kilkudziesięciu naród płodny, zdrowy fizycznie i moralnie. Wierzyćby można nawet w odrodzenie się liczebne narodów, wymierających zwolna przed wojną czy samobójczą poniekąd drogą wskutek moralnego niezdrowia, czy pod działaniem warunków społeczno-ekonomicznych, zgniatających naturalną rozrodczość siłą żelaznego przymusu. Ale już w samem liczebnem odrodzeniu się nie dotrzyma innym kroku ten naród, w którym choroby weneryczne wysuszą źródła odrodzenia, w którym wiewiór wyjałowi tysiące mężczyzn, z tysiąców kobiet uczyni bezpłodne, schorzałe kaleki, w którym kiłą zakażone matki przejdą szeregi poronień, zanim wreszcie porodzą nędzarzy, wlokących

---

[1]) Zupełnie pewnych liczb niema żadna urzędowa statystyka europejska, prócz skandynawskiej, w Danii bowiem i Norwegii nakłada ustawa obowiązek (bezimiennego) donoszenia o zachorowaniach wenerycznych. Otóż w dziesięcioleciu 1884—1895 zachorowało na choroby weneryczne na 10.000 ludności w Kopenhadze 202 osoby, w prowincyonalnych miastach Danii 30, na wsi 3,8. Zbliżone liczby uzyskano w Niemczech zapomocą obrachunku drogą pośrednią (Blaschko).

opłakany żywot na to, by dalszym pokoleniom przekazać znów w dziedzictwie marny i wątły ustrój.

Do jakiego stopnia zmniejszają choroby weneryczne rozrodczość, wskazuje stwierdzony w Niemczech przez ścisłe i duże statystyki fakt, że z małżeństw bezdzietnych lub mających jedno tylko dziecko, prawie połowa zawdzięcza to przebytemu wiewiórowi [1]). Stratę coroczną w przyroście ludności wskutek niepłodności powiewiórowej obliczono tam na 200.000. Stratę tę w Polsce, uwzględniając nawet, że mamy mniej dużych miast i stąd prawdopodobnie ogólnie mniejszy odsetek chorób wenerycznych, należałoby szacować w zwykłych już warunkach około 40 do 50 tysięcy urodzin rocznie. Trudniej oszacować stratę w liczbie urodzin z powodu poronień kiłowych i przedwczesnego zmierania dzieci, dotkniętych kiłą wrodzoną. Niejakie o tem wyobrażenie daje częstość samegoż zakażenia kiłowego. Według obliczeń skandynawskich [2]) i niemieckich przypada wśród chorych wenerycznych do 30. roku życia nie mniej, niż 20%, na kiłę. Ściślej mogłyby tę rzecz określić odpowiednie badania w okolicach, nawiedzanych endemią kiły, u nas — na Huculszczyźnie. Dotąd jednak niema stamtąd szczegółowych w tym względzie danych [3]), z innych zaś endemii kiły (Rosya) dat o tem nie posiadam.

Większą jeszcze może wagę społeczną, niż wpływ na płodność, ma zwyradniający wpływ chorób wenerycznych na samych zakażonych i na potomstwo, przez nich spłodzone. Społeczno-higieniczny wykładnik tego wpływu zwyradniającego jest trojaki: nadmierna chorobliwość i śmiertelność, zwłaszcza małych dzieci, kalectwa (ślepota i in.), zmniejszona zdolność do życia społecznego (zmniejszenie się produktywności ekonomicznej, zwiększenie się zbrodniczości). W gospodarce społecznej wszystko to da się obliczyć w równoważnikach ekonomicznych. Można dokładnie obrachować straty w majątku narodowym, powstające przez idące na marne porody (płodów nieżywych), przez koszt chowania dzieci przedwcześnie zmierających, utrzymywania kalek, zbrodniarzy (więzienia), obłąkanych i umysłowo niedołężnych, przez koszt chorób i pogrzebów. Same tylko straty w ubytku produktywnej pracy, w zwiększonej śmiertelności i t. d. dają tu przy bardzo ostrożnem obliczaniu cyfry przerażające, idące w miliardy koron, dla żadnego, choćby najzamożniejszego społeczeństwa nie obojętne. A my — jak dosadnie określił to Henryk Jordan — »jako naród jesteśmy grubo za biedni, by sobie na zbytek kilkudziesięciu tysięcy grobów pozwalać! grubo za biedni!« [4]). Te miliardy koron, o które ubożeje społeczeństwo, dają się przynajmniej obliczyć; ale nawet obliczyć się nie daje strata jeszcze ważniejsza, ubytek sił fizycznych i moralnych w konkurencyjnej walce narodu o byt. A tylko silni w tej międzynarodowej walce zwyciężają.

W zakresie trwałych szkód społecznych nie należy niedoceniać wpływu wiewióra. Pomijając już przypadki przerzucenia się tego zakażenia na narządy wewnętrzne i stąd pochodzące ciężkie sprawy na wsierdziu, w stawach i t. d., na szczęście niezbyt częste, liczyć się tu należy z jednej strony z upośledzeniem zdolności do pracy mnóstwa kobiet, dręczonych ciągłemi dolegliwościami z powodu przewlekłego wiewióra głębszych części narządu rodnego, z drugiej zaś strony ze strasznem następstwem śluzoropotoku wiewiórowego spojówek u noworodków — ślepotą. Częstość tej przyczyny oślepnięcia rozmaicie bywa podawana, widocznie zależy ona od warunków miejscowych, które u nas mogą teraz ukształtować się szczególnie niekorzystnie. Śluzoropotok był przyczyną oślepnięcia u 21·3% wychowańców zakładu dla ociemniałych w Berlinie, u 31% w Wiedniu, 35·1% we Wrocławiu, 47·9% w Peszcie, a nawet 73·9% w Monachium. U nas zapewne wypada ten odsetek mniejszy, ale tylko dlatego, że wśród przyczyn oślepnięcia współzawodniczy w Polsce ze śluzoropotokiem jaglica, a w dawniejszych latach ospa. Niemniej nieprawdopodobnie wielką liczbę rzekomo »od urodzenia« ciemnych, podawaną w naszych statystykach [1]), w ogromnej większości odnieść należy najpewniej do śluzoropotoku. Nie uwzględniając nawet, że do tej grupy należeć musi także część ociemniałych »wskutek innych chorób«, w której to rubryce mieści się przeszło połowa ciemnych w Galicyi, a wszystkie przypadki bez podanej przyczyny — otrzymujemy, po doliczeniu tych, w których jako przyczynę podano wyraźnie śluzoropotok, 29·6% w r. 1896, a 28% w r. 1902. Przypomnieć tu trzeba, że liczba ciemnych w Galicyi wynosiła w zwykłych czasach około 66 na 10.000 ludności (w całej Austryi tylko około 54), i że ciemni są u nas większym ciężarem społecznym, niż gdziekolwiek, bo zaledwo drobniuchna garstka może się nauczyć jakotako zarabiać na swe utrzymanie w jedynym w Galicyi małym zakładzie lwowskim, a wszystkich innych utrzymuje społeczeństwo. Przedewszystkiem zaś pamiętać należy, że ledwo czwarta część porodów w Galicyi odbywa się przy pomocy wykształconych położnych, zobowiązanych do zabiegów profilaktycznych, trzy czwarte porodów natomiast bez jakiegokolwiek zapobiegania śluzoropotokowi noworodków. Że mimo to śluzoropotok nie przybrał dotąd rozmiarów klęski społecznej, pochodzi jedynie stąd, iż wiewiór nie był w zwykłych czasach wśród ludu wiejskiego zbyt częsty. Co będzie jednakże teraz, gdy zalew rosyjski, roznoszący choroby weneryczne, dotarł był do zapadłych nawet wsi, gdzie pomoc umiejętna jest przy porodzie wyjątkową lub zgoła nieznaną?

Mniej od wiewióra rozpowszechniona, zostawia kiła w społeczeństwie ślady tem cięższe i tem dłużej. Dowód niestety aż nadto blizko, w tragicznym losie Huculszczyzny, gdzie srożąca się endemia kiły jest niezatartym do dziś śladem przejścia wojsk rosyjskich na Węgry w r. 1848... Społeczne skutki kiły na Huculszczyźnie uderzają odrazu przedewszystkiem w nadmiernej chorobliwości i śmiertelności dzieci, w której powiaty, nawiedzone endemią, przodują ciągle. Cokolwiekby mówić można o braku opieki

---

[1]) Finger przypisuje wiewiórowi niepłodność u kobiet nawet w 75%.

[2]) Obliczenia te mają istotną wartość z powodów, wspomnianych w poprzednim przypisku 1 na str. 125.

[3]) Bez osobnej statystyki nieżywo urodzonych z gmin, szczególnie nawiedzonych kiłą, nie można nic sądzić o wpływie kiły na płodność na Huculszczyźnie; statystyki takiej niema jednak w Sprawozdaniach c. k. Krajowej Rady zdrowia.

[4]) Wykład publiczny w d. 18, II 1889.

[1]) Sprawozdania c. k. Krajowej Rady zdrowia z lat 1896. do 1908.

nad niemowlętami, o niechlujstwie i niedbalstwie matek Hucułek w tamtych stronach, o znacznej tam zawsze jeszcze u dzieci śmiertelności z chorób zakaźnych ostrych, niezaprzeczonym pozostanie faktem, że powiaty kiłą nawiedzone tracą stale większy odsetek dzieci, niż powiaty sąsiednie, w których wszystkie tamte warunki są takiesame, a tylko kiły jest mniej. Powiat nadwórniański szedł w r. 1896 na czele całej Galicyi co do śmiertelności dzieci w pierwszym roku życia w stosunku do liczby dzieci żywo urodzonych (35·5 %), niewiele mu ustępował powiat kosowski, wśród powiatów zaś, górujących śmiertelnością do 5. roku życia w stosunku do ogólnej ilości zmarłych, jedno z pierwszych miejsc zajmowały w tym czasie powiaty stryjski (63 %) i bohorodczański (61·7 %). Po 25 latach, gdy śmiertelność w całym kraju znacznie się zmniejszyła, spadła ona i na Pokuciu; ale stosunek pozostał ten sam. Co do śmiertelności dzieci w pierwszym roku życia stoi znów powiat kosowski na czwartem już miejscu (24·7 %), niedaleko nadwórniański (23·8 %), a utworzony tymczasem peczeniżyński nawet zaraz na drugiem (25·7 %). Są to zaś właśnie powiaty, najwięcej dotknięte endemią kiły.

Niema tu, w czasopiśmie lekarskiem, potrzeby podkreślać zwyradniającego wpływu kiły nietylko na pierwsze pokolenie potomstwa zakażonych — o ile pozostanie przy życiu —, ale i na dalsze. Skłonność do poronień w pierwszem pokoleniu potomstwa, choć objawów kiły wrodzonej nie było, częstość niedorostu, tępoty umysłowej aż do zupełnego głuptactwa (idyotyzmu) przez kilka conajmniej pokoleń, wykazały nowsze badania najzupełniej ściśle. Zbyteczną również byłoby rzeczą rozwodzić się tu o oddziaływaniu kiły na ustrój samychże zakażonych, przedewszystkiem na układ krążenia i narząd nerwowy, przypominać o wyłącznej prawie roli etyologicznej kiły w porażeniu postępującem, wiądzie rdzenia i t. d. Natomiast pragnę zwrócić uwagę na to, że w uświadamianiu ogółu o społecznych niebezpieczeństwach chorób wenerycznych powinniśmy na tę stronę sprawy szczególny kłaść nacisk, ponieważ tu właśnie bardzo wyraźnie jest widoczna owa podstępna przeciągłość działania, owo ukryte podmywanie samych podwalin zdrowia narodu przez kiłę. Niebezpieczeństwo społeczne kiły rysuje się jednakże w całej grozie, dopiero w zestawieniu mnogości i ciężkości następstw tego zakażenia z rozmiarami, do jakich dojść może endemia, jeżeli raz na dobre się zakorzeni. W Rosyi w niektórych powiatach gubernii czernihowskiej chorowało na endemiczną kiłę według Generopitowcewa 95 %, wyraźnie dziewięćdziesiątpięć na sto ludności. W niektórych wsiach huculskich w Galicyi doszła liczba kiłowych do p i ą t e j c z ę ś c i ogółu ludności, i tak w bohorodczańskiem w Bitkowie do 19·5 %, w Maniawie nawet do 22·3 % [1]). Gdybyśmy nie zdołali zapobiedz teraz dość wcześnie rozpanoszeniu się kiły w kraju, to endemia tylko przez pół tak silna, dałaby cyfrę n i e m a l m i l i o n a c h o r y c h na kiłę w samej tylko Galicyi. Liczba wydaje się wprost fantastyczną, a jednak niestety — nie jest niemożliwością.

Trzeba sobie przytem uprzytomnić, że szerzenie się chorób wenerycznych w Polsce nie jest niebezpieczeństwem dopiero zagrażającem, ale już bezpośredniem. Było ono od chwili zajęcia Galicyi przez Rosyan conajmniej dwukrotnie większe, niż w jakimkolwiek innym kraju europejskim. Nigdzie nie przewalały się przez kraj tam i z powrotem milionowe armie, tylko w Galicyi i w Królestwie. To, co gdzieindziej zagraża lub rozpoczyna się dopiero, u nas jest już w toku, a rozpoczęło się w najgorszych warunkach, bo wtedy, gdyśmy na tę zarazę nietylko nie byli przygotowani, ale i zupełnie wobec niej bezbronni. Trzeba sobie także uprzytomnić, że zarazy weneryczne i ciężkie ich następstwa trafiają u nas na grunt podatniejszy, na ludność, której odporność wskutek bezpośrednich klęsk wojennych, poniewierki, braku mieszkań, niedostatku pożywienia, wzruszeń moralnych, przebytych epidemii ostrych chorób zakaźnych, niewątpliwie znacznie się zmniejszyła; — na ludność, wśród której w zastraszający sposób szerzyć się poczyna alkoholizm, najlepszy kiły sprzymierzeniec; — na ludność, która swym poziomem kultury, obyczajem i dzisiejszymi warunkami bytu tworzy idealną wprost glebę dla najsroższego krzewienia się endemii wenerycznych, mianowicie dla szerzenia się ich d r o g ą p o z a p ł c i o w ą. Tato głównie droga zakażenia przemienia endemie kiły w żywiołową wprost klęskę, z którą walka staje się wtedy bardzo trudną. Endemia kiły w Rosyi w r. 1884/5 szerzyła się drogą pozapłciową w gubernii włodzimierskiej w 81 %, przypadków, w kurskiej w 82·1 %, w czernihowskiej w 93 %! W tem przekształceniu się charakteru epidemiologicznego kiły odgrywa rolę nietylko domniemany wzrost jadowitości zarazka, a spadek odporności ludności, ale także, i to może przeważnie, niehigieniczne warunki życia, obyczajem czy nędzą wywołane niechlujstwo, wspólne legowisko, wspólne naczynia stołowe i t. p. To wszystko jest wśród naszego ludu wiejskiego i proletaryatu miejskiego powszechne i nierychło, dopiero po dziesiątkach lat, dałoby się usunąć; stąd też i uzasadniona obawa, że kiła (a poczęści i wiewiór), skoro tylko drogą pozapłciową szerzyć się u nas pocznie, to pójdzie po kraju, jak płomień.

W tych warunkach tembardziej nie wolno nam oddawać się złudzeniu, że niebezpieczną będzie dopiero demobilizacya armii, (armii naprawdę ludowych, których uczestnicy rozprószą się wszędzie, wsiąkną z powrotem w cały lud). Zapatrywanie takie j u ż okazało się mylnem nawet w krajach, odległych od pola walk, gdzie dawno uderzono na trwogę z powodu szybkiego szerzenia się chorób wenerycznych od urlopowanych, z frontu bojowego przybyłych, z powodu mnożących się zakażeń pozapłciowych i z powodu niezwykłego przyrostu chorych wenerycznych młodocianych [1]). A jeżeli tam już to sobie ogólnie uświadomiono, to u nas powinno to było nastąpić jeszcze wcześniej; jeśli tam już stosuje się środki zaradcze, to u nas każdy miesiąc, każdy tydzień zwłoki przynosi niepowetowane straty. Mniemanie, że »mamy jeszcze czas«, jest wprost szkodliwe, a szerzenie jego — ciężkim błędem.

Mniemanie to zniknąć musi przedewszystkiem wśród

[1]) Sprawozdanie c. k. Krajowej Rady zdrowia za r. 1908 i 1909.

[1]) Na 1000 mężczyzn zakażało się wenerycznie w Wiedniu:

w 15. roku	życia	przed	wojną	1,	obecnie	8
» 16.	»	»	»	3	»	9
» 17.	»	»	»	11	»	26
» 18.	»	»	»	27	»	68 (Finger).

nas lekarzy, jeżeli gdziekolwiek jeszcze się utrzymuje. My też musimy niezwłocznie uświadomić społeczeństwo nasze o niebezpieczeństwie, wskazując przytem zwłaszcza na to, że pozapłciowo szerzące się choroby weneryczne nawet w oczach najbardziej purytańskich moralistów nie mogą być już ani »winą«, ani hańbiącym dowodem »grzechu«, że taka endemia, to niezawinione, a straszne nieszczęście, to poprostu dopust tak dla jednostek, jak dla całego narodu. Wytężyć zaś całą wiedzę i wszystkie siły do obrony jest naszym obowiązkiem nietylko już lekarskim, ale obywatelskim.

Bo do dzisiejszego w tym względzie położenia społeczeństwa dadzą się bez cienia przesady zastosować słowa Bolesława Lutostańskiego: »Przed nami stoi upiór, zagrażający przyszłości milionów —, stoi i wyzywa do walki wszystkich ludzi, kraj miłujących«.

Sprawa zwalczania chorób płciowych.

Referat opracowany na wezwanie c. k. Namiestnictwa, wygłoszony i przyjęty na posiedzeniach c. k. Krajowej Rady zdrowia w dniu 12. i 13. maja 1916 r.

przez

Prof. Dra Włodzimierza Łukasiewicza

dyrektora kliniki dermatologicznej we Lwowie, Radcę Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu.

Choroby płciowe w Galicyi panowały dotąd głównie w większych miastach, (zwłaszcza posiadających większe załogi), dotykając mniejsze miasteczka i wsie w mniejszej mierze. W kilku tylko powiatach, zwłaszcza na Huculszczyźnie, szerzyła się endemiczna kiła.

Zwalczanie endemii kiły w powiatach kosowskim i nadwórniańskim rozpoczęliśmy z ś. p. protomedykiem Merunowiczem w r. 1902, w bohorodczańskim i peczeniżyńskim w r. 1906 na wezwanie namiestnika hr. Pinińskiego, a później hr. Potockiego.

Wymienię tu kilka liczb, ilustrujących grozę tej endemii. I tak do roku 1909 leczyło się: w powiecie kosowskim w gminie Żabiu na 6.800 ludności przeszło 1.500 osób, w gminie Riczka na 3 203 ludności 381, w gminie Krzyworównia (na 2.374) 432, wreszcie w gminie Brustury tegoż powiatu (na 2.347) 399 wenerycznie chorych. W powiecie bohorodczańskim najbardziej dotknięte kiłą były wsie: Maniawa, gdzie na 2029 ludności leczono 454 osób czyli 22·3% ludności, i Bitków, gdzie na 1.748 leczono 343 czyli 19·5% ludności.

Z tego wynika, iż doniosłość akcyi zwalczania tej endemii była bardzo wielka. Przeważna większość chorych byłaby się inaczej wcale nie leczyła, kryjąc się z chorobą, będąc z natury wielce lękliwą i niedowierzającą. Jednakowoż eksponowani lekarze swoją fachową wiedzą, cierpliwością i taktem pozyskali z czasem zaufanie tej ludności i przekonali ją o potrzebie leczenia.

Co do stanu chorób wenerycznych w ostatniej chwili przed wojną w kraju, przedstawia się rzecz, jak następuje:

Wedle zestawień statystycznych, bardzo pilnie przeprowadzonych na polecenie inspektora Dra Lipskiego, a łaskawie mnie przez niego udzielonych, leczyło się w krajowych szpitalach w roku 1913 8.235 wenerycznie chorych. Z tego przypada największa ilość na Lwów (1.709), i Kraków (1.272). Dalej idą po sobie:

Stanisławów	762	Brzeżany	90
Kołomyja	524	Żółkiew	89
Stryj	294	Czortków	89
Przemyśl	287	Brody	83
Zaleszczyki	278	Biała	82
Tarnopol	261	Podhajce	77
Drohobycz	261	Złoczów	67
Tarnów	256	Kałusz	62
Jarosław	198	Krosno	39
Nowy Sącz	165	Gorlice	38
Śniatyn	138	Jasło	36
Rzeszów	132	Sokal	36
Turka	123	Wadowice	33
Kosów	122	Bochnia	31
Husiatyn	106	Lubaczów	30
Sambor	103	Tarnobrzeg	25
Sanok	101	Skałat	24
Dolina	99	Bóbrka	18
Żywiec	96	Przemyślany	10

Dodajmy do tego około 1.800 chorych wenerycznych, leczonych w ambulatoryum kliniki dermatologicznej we Lwowie i w Krakowie, a otrzymamy około 10.000 chorych, którzy się leczyli w krajowych zakładach.

Znikoma tylko ilość chorych wenerycznych, lecząca się w szpitalach, nie może nawet w przybliżeniu dać obrazu rozszerzenia chorób wenerycznych w powiecie. Zależy to bowiem od bardzo wielu warunków, jak od oddalenia szpitala, stopnia oświaty, dobrobytu ludności, że wymienię naprzykład powiat kosowski, gdzie na tysiące chorych wenerycznych leczyło się w szpitalu w roku 1913 tylko 122 chorych. Gdy Riehl dla Austryi niższej przyjmuje, iż nie więcej, niż dwudziesta część chorych wenerycznych leczy się w szpitalach, to jeszcze mniejsza liczba wypadnie niezawodnie w naszych stosunkach, gdzie ludność naogół unika szpitala. Przyjąwszy jednak tylko rachunek Riehla, otrzymalibyśmy dla Galicyi za rok 1913 około 200.000 chorych wenerycznych. W tem nie mieszczą się tysiące chorych, u których kiła lub wiewiór w dalszym swoim przebiegu zajmuje inne narządy. W szpitalach bowiem ci chorzy leczą się na choroby nerwów (porażenie postępujące, wiąd rdzenia), na choroby układu naczyniowego, trzew, oczu, narządów miednicy i t. p. W ten sposób urasta jeszcze całe mnóstwo chorych, którzy powinni być tu zaliczeni.

Taki był stan do czasu wojny.

Historya poucza od końca wieków średnich aż do naszych czasów, że każda wojna wpływa gwałtownie na wzmożenie się chorób płciowych, i to nietylko wśród wojska, lecz także pomiędzy ludnością cywilną, zwłaszcza zaś po ukończeniu wojny skutkiem zawleczenia przez powracających do domu chorych żołnierzy, którzy najczęściej opuścili dom rodzinny w zupełnem zdrowiu.

Już z końcem XVIII. wieku, po zajęciu Galicyi profesor uniwersytetu lwowskiego Baltazar Haquet wspomina w swojem dziele (Kurze physykalisch-politische Reisen durch die dazischen und sarmatischen oder nördlichen Karpathen, od r. 1795 1796) o chorobach wenerycznych, szerzących się straszliwie za wojskami cesarskiemi, pozostającemi w Karpatach pod komendą ks. Koburga wśród ludności wiejskiej w okolicy Turki.

Endemia kiły na Huculszczyźnie i Bukowinie datuje się od przemarszów wojsk rosyjskich na Węgry w roku 1848.

Dzisiaj operujące olbrzymie armie na rozległych przestrzeniach powiększają możliwość szerzenia się chorób wenerycznych między wojskiem, a przez to między ludnością kraju.

To niebezpieczeństwo dotyczy teraz w jeszcze wyższej mierze naszego kraju, przeważnie rolniczego, którego największa część była narażona na inwazyę rosyjską, nie oszczędzającą ani miast, ani też wsi. Wiemy zaś już od

czasu podróży Gmelina w r. 1770, ale i od późniejszych i najnowszych autorów rosyjskich (Tarnowsky), jak między ludnością wiejską w Rosyi szerzą się choroby płciowe. Wszakżeż ta właśnie ludność dostarcza największej części żołnierza. Wedle zestawień zachorowań w armii na choroby płciowe zajmuje Rosya jedno z pierwszych miejsc. Co do żołnierzy rosyjskich sam zrobiłem spostrzeżenie, pracując w galicyjskim Czerwonym Krzyżu także w czasie inwazyi rosyjskiej, iż największa część rannych, nie wyjmując oficerów, miała świeżą lub przebywała dawniej chorobę weneryczną. Szczególnie rozmnożyły się u nas w czasie inwazyi wrzody miękkie. Okoliczności te świadczą o nizkim stanie zwalczania chorób wenerycznych w Rosyi, a o zgubnym wpływie inwazyi rosyjskiej na zdrowotność Galicyi.

Nie może bez wpływu na stan chorób wenerycznych w Galicyi pozostać także przesuwanie armii naszych i sprzymierzonych, jakoteż przebywanie ich w krajach, dotkniętych endemią kiły, jak Rosya i Serbia. Wprawdzie najnowsze zdobycze higieny, stosowane z największą precyzyą w armiach państw centralnych, wydały już błogie skutki w zwalczaniu zaraz, to jednakowoż rodzaj chorób przewlekłych, w mowie będących, nie da się tak zwalczyć, jak inne, przeważnie ostre. W każdym razie austryacka armia ma kilkakrotstotysięcy chorych wenerycznie. Finger przyjmuje 400.000—500.000.

Od wybuchu wojny wzrost chorób wenerycznych u ludności cywilnej ilustrują następujące daty statystyczne szpitali krajowych.

W roku 1913 leczono w lwowskim szpitalu krajowym 733 kobiet wenerycznych, w roku 1914: 711, w roku zaś 1915 1.656 takichże kobiet. Liczba zatem wzrosła w ostatnim roku już niemal o 1.000. Również oddział kobiet w szpitalu św. Łazarza w Krakowie wykazuje w roku 1915 wzrost liczby chorych wenerycznie kobiet przeszło w dwójnasób. Wedle pisma Wydziału krajowego do Namiestnictwa z dnia 12 marca b. r., znajdowało się w 34 prowincyonalnych szpitalach stosownie do ostatnich sprawozdań tygodniowych na 2.935 łóżkach 750 chorych wenerycznych i skórnych, to jest zwyż 25% wszystkich leczonych.

Stosunkowo wysoką liczbę wenerycznie chorych (z nadzwyczaj wysokim procentem kiły) wykazują obecnie następujące szpitale prowincyonalne:

Brody	35	Przemyśl	77
Brzeżany	63	Sambor	23
Drohobycz	32	Stanisławów	78
Kosów	34	Stryj	31
Nowy Sącz	48	Tarnów	23
Podhajce	33		

W Kołomyi otworzyły władze wojskowe w koszarach za miastem osobny szpital dla wenerycznych kobiet wobec zajęcia szpitala powszechnego przez oddział chirurgiczny prof. Rutkowskiego.

Choroby weneryczne rozlały się już po kraju szeroką strugą, a po skończonej wojnie niepodobna powracających do domu żołnierzy poddać takiej kontroli, żeby zapobiedz dalszemu rozwleczeniu tych chorób. Wobec tego niestety jest pewnem, iż między ludnością wiejską, żyjącą nieraz w najprymitywniejszych stosunkach, teraz zaś często bezdomną, tulącą się w tymczasowych schroniskach, osłabioną innemi chorobami i niedożywianiem się — w wielu okolicach naszego kraju zaraza wzmagać się będzie. Te endemie należy zwalczać równie energicznie, jak i po miastach choroby weneryczne.

Z przytoczonych faktów wynika, jak wielkie niebezpieczeństwo grozi całej ludności nietylko miejskiej, lecz i wiejskiej naszego kraju.

Nadto wobec gwałtownego szerzenia się chorób wenerycznych przenoszenie ich nie ogranicza się już do płciowego, lecz następuje niemal równie często pozapłciowo przez zwykłe zetknięcie się chorych osób ze zdrowemi, grożąc ogólną endemią.

Zarząd wojskowy wydał dla armii cały szereg wielce celowych zarządzeń w tym kierunku, jak pouczanie ustne i pisemne, częstsze badanie żołnierzy i urlopników, obowiązek podawania źródła zakażenia, wypuszczanie z wojska chorych żołnierzy tylko po poprzedniem leczeniu. Nadto założył cały szereg szpitali dla wenerycznie chorych żołnierzy, że wymienię tylko szpital w szkole kadeckiej we Lwowie, przez który przewinęło się już wiele tysięcy żołnierzy.

Wszelkie te zarządzenia higieniczne, tak celowo i skrupulatnie przeprowadzane przez zarząd wojskowo-lekarski, nie są w stanie zapobiedz niebezpieczeństwu, które zagraża ludności cywilnej zawleczeniem chorób wenerycznych, zwłaszcza zaś między ludność wiejską, do małżeństw i całych rodzin. Jak wielki wpływ wywrze to wzmożenie ludowej zarazy wenerycznej na całą ludność, trudno w cyfrach oznaczyć, to jest jednak pewne, że wyrządzi ono ogromną ekonomiczną szkodę w majątku narodowym. Już świeżo nabyta kiła i wiewiór mogą tak u mężczyzn, jak i u kobiet, przebiegać z bardzo poważnemi powikłaniami. Cóż dopiero mówić o strasznych następstwach kiły dla układu nerwowego, naczyniowego, kostnego, jakoteż dla zmysłów, zwłaszcza wzroku i słuchu, które tworzą tyle kalek i charłaków, albo też sprowadzają śmierć, i to w wyższej o wiele mierze, niż inne epidemie, chociażby cholera lub dżuma. Dalej tak kiła, jak i wiewiór, zmniejszają ilość potomstwa i pogarszają jakość tegoż. Fizyczne zwyrodnienie, jakie daje się spostrzegać w miastach, w wielkiej części stoi w związku z zakażeniem kiłowem ludności. Strata na sile roboczej, na sprawności ludzkiej i długości życia, obok ogromnych wydatków, które pociąga za sobą leczenie ludności, obciążają budżet państwowy. Szkody materyalne nie są mniejsze, niż powodujące je nieszczęście chorych małżeństw i całych rodzin, bądźto skutkiem świeżego zarażenia, bądź też późniejszych następstw.

Z tych wywodów wynika, iż należy koniecznie zmierzać do rozwiązania problemu zapobiegania chorobom wenerycznym, zwłaszcza, iż wobec długiego trwania wojny są one z dnia na dzień groźniejsze.

Na szczęście dała nam nauka, szczególnie w ostatnich dziesiątkach lat, energiczne środki celem zwalczania tych przewlekłych i niszczących zaraz. Już bardzo wcześnie możemy rozpoznać wiewióra i kiłę. W kile wykazanie krętków i badanie krwi pozwala nam nietylko na wczesne rozpoznanie, lecz i na stwierdzenie, kiedy chory przestaje być niebezpiecznym dla otoczenia. Postępy zaś leczenia skombinowanego (salwarsan z rtęcią) pozwalają nam wielki procent kiłowych wyleczyć doszczętnie, i to nawet w pierwszym okresie leczenia, nie mniej też oddziaływać leczniczo u chorych ciężarnych także i na płód.

Przestrzegając na tem polu najnowszych zasad higieny, będziemy zapobiegać dziesiątkowaniu przez choroby weneryczne naszej ludności, co więcej przyczynimy się do wypełnienia luk spowodowanych w ludności przez straszną wojnę.

W podobnych stosunkach powojennych państwa północne Europy ustanowiły ostre przepisy celem zwalczania chorób płciowych, zaprowadzając przymusowe badanie i leczenie. I tak Szwecya — z powodu epidemii po wojnach z końca XVIII wieku (siedmioletniej i fińskiej) wprowadziła w roku 1817 przymusowe leczenie wraz z osobnym podatkiem na ten cel. Później zrobiły to Norwegia (1860 r.) i Dania (1895 i 1906 r.).

Walka z chorobami płciowemi powinna rozwinąć podwójną czynność, a mianowicie: A) zapobiegawczą celem ochrony zdrowych przed zakażeniem, B) leczniczą celem uzdrowienia chorych, aby przestali być niebezpieczni dla otoczenia.

A. Zadaniem akcyi zapobiegawczej jest 1) uświadamianie ludności o chorobach wenerycznych, jakoteż 2) nadzór nad prostytucyą.

1) Pouczanie zdrowych, czego mają unikać, aby się

nie zarazić, a chorych, jak mają się zachować, aby nie przenieść choroby na otoczenie. Gdyby je sobie wszyscy wzięli do serca i przestrzegali, to ilość chorób płciowych najprędzej dałaby się ograniczyć do minimum. Do tego celu mają służyć wykłady w rozmaitych uczelniach, stowarzyszeniach i instytucyach miejskich, dalej broszury, artykuły i przepisy, ale tylko bardzo sumiennie i odpowiednio swemu przeznaczeniu opracowane. Tak n. p. na wezwanie młodzieży wykładałem dla całej młodzieży uniwersyteckiej o chorobach wenerycznych i zapobieganiu tym chorobom.

Zapoczątkować pouczenie młodziezy pod względem płciowym powinny dom rodzicielski i szkoła. Pierwszy musi więcej, niż dotąd, baczyć na fizyczne hartowanie i uodpornienie dziecka, dając mu na pytanie o powstawaniu życia pouczenie, stosowne dla dziecinnego umysłu, lecz prawdziwe. Szkoły obowiązkiem jest również urobienie ciała i charakteru dziecka, a nadto pouczenie w zakresie nauki szkolnej o zasadach życia płciowego roślin, zwierząt i człowieka. Takie pouczanie dorastającej młodzieży nietylko nie przyniesie szkody, lecz przygotuje do poważnego zapatrywania na życie płciowe, o ile stosuje się do rozwoju umysłowego młodzieży, o ile też uwzględnia wstydliwość i odbywa się w ramach innego przedmiotu, nie wchodząc zbytnio w szczegóły. Dopiero w wieku dojrzewania płciowego można młodzież uświadamiać o niebezpieczeństwach życia płciowego i przestrzegać przed niemi. Systematyczne pouczania tego rodzaju nie dadzą się pomyśleć bez wykształcenia nauczycieli i rodziców w tym kierunku.

Pierwszym postulatem jest więc pouczenie nauczycieli w odpowiednich kursach, kandydatów nauczycielskich w seminaryach i uniwersytetach, wreszcie rodziców na zgromadzeniach rodzicielskich, jakoteż zapomocą broszur. Bezzwłocznie należałoby rozpocząć uświadamianie dojrzałej młodzieży w wyższych klasach szkół średnich przez pedagogicznie wykształconych lekarzy lub higienicznie wykształconych nauczycieli w ramach nauki ogólnej higieny. Rzeczą Rady szkolnej krajowej jest unormować (w rozmaitych rodzajach szkoły i młodzieży) materyał naukowy co do pouczenia higieniczno-płciowego.

Zadanie to, bardzo subtelne, nie da się przeprowadzić bez udziału rodziców, szkoły i duchowieństwa, chociażby rząd i lekarze czynili w tym kierunku wszystko, co tylko w ich mocy. Zadaniem lekarzy jest pouczenie jak najdokładniejsze chorych, przez nich leczonych, o istocie, zaraźliwości i potrzebie zupełnego wyleczenia. Przy tej sposobności jestem więcej zwolennikiem żywego słowa, niż szablonu. Drukowanych przepisów największa część chorych nie czyta lub nie rozumie. U mnie w klinice przedsiębierze się grupami pouczanie chorych, do czego w czasie leczenia i kontrolowania nadarza się wiele sposobności.

2) Gdy nasze zapobiegawcze kroki przeciw szerzeniu się chorób wenerycznych muszą objąć cały kraj, należy baczną uwagę zwrócić na nadzór nad jawną i nad tajną prostytucyą po miastach. Prostytutki ulegają najczęściej zakażeniu wenerycznemu wkrótce po rozpoczęciu swego zawodu, a później ciągle na nowo. Powodem tego jest przewlekły recydywujący charakter chorób wenerycznych, jakoteż okoliczność, iż choroby te nietylko w okresie utajenia, lecz nawet i w ostrym okresie nie przeszkadzają tak chorym prostytutkom, jak z drugiej strony i chorym mężczyznom utrzymywać płciowy stosunek.

Wskutek tego żaden system, czy to bordelowy, czy reglamentacyjny, czy też wreszcie abolicyonistyczny, nie może zapobiedz, po pierwsze, aby niemal wszystkie prostytutki wcześnie nie uległy zakażeniu, powtóre, by nie wyleczone nie oddawały się swemu rzemiosłu, wreszcie po trzecie, aby nawet po zupełnem wyleczeniu nie ulegały coraz to nowemu zakażeniu. Jak z tego widać, niepodobna jest roztoczyć idealnego nadzoru nad całą prostytucyą. Dzisiejsza reglamentacya dotyka najmniej niebezpiecznej jej części. Należałoby przynajmniej najniebezpieczniejsze żywioły unieszkodliwić. Są nimi początkujące młode prostytutki, które często trudno organom nadzorującym dosięgnąć. Dla tych należałoby przedewszystkiem stworzyć dobrą sposobność leczenia szpitalnego, i to bezpłatnego.

Te okoliczności przedewszystkiem powinien mieć na względzie nadzór policyjno-lekarski w naszych większych miastach Lwowie i Krakowie, jako też w miastach z garnizonami. Jednakowoż i ludność wiejska nie może w tym kierunku w obecnych warunkach pozostać bez nadzoru powiatów. W ostatnich czasach przypominane lub wydane przepisy Namiestnictwa co do zaostrzonego badania jawnych i tajnych prostytutek, umieszczenia w ich mieszkaniu przestrogi o chorobach wenerycznych, a wreszcie regulamin prostytucyi, wypracowany przez komendę armii południowo-zachodniej, a zalecony do przestrzegania w Galicyi reskryptem min. spraw wewnętrznych z 8 stycznia 1916 r. L. 17.406/S., normują działalność władzy policyjno-lekarskiej.

Czuwanie nad prostytucyą obok nadzoru policyjno-lekarskiego otwiera wielkie pole do działania dla organów ubezpieczenia chorych, nadzoru mieszkań, opieki nad chorymi i młodzieżą, towarzystw ratunkowych i zwalczających handel dziewczętami. Te instytucye bowiem mogą uzupełniać działalność władzy, a nawet często czuwać i łagodzić zarządzenia. Pomogą one te upadłe istoty chronić przed wyzyskiem i naprowadzać na drogę normalnego życia. Nadto będą przeciwdziałać naprowadzaniu nowych osobników na drogę rozpusty.

Po odebraniu Lwowa, a mianowicie od 1 lipca do 31 grudnia 1915 r., oddano celem leczenia 207 rejestrowanych prostytutek, a 99 pozostających pod tak zwanym dyskretnym nadzorem. Wymowną jest też liczba kobiet, podejrzanych o tajny nierząd, wynosząca 1.450, którą lwowska policya sprowadziła w tymże okresie do badania lekarskiego. Przytem stwierdzono u 314 chorobę weneryczną, tak iż razem dostawiono w tem półroczu do szpitala krajowego 620. Te początkujące prostytutki są najniebezpieczniejsze, gdyż najmłodsze z nich wykazują największy odsetek chorób wenerycznych. Później, po 20. roku życia, zmniejsza się tenże odsetek gwałtownie, zwłaszcza po domach publicznych.

Na bezzwłoczne uwzględnienie zasługuje staranie, czynione przez lekarzy policyjnych u c k. Rządu, o odpowiednie urządzenie lokalu badań i sprawienie mikroskopów jakoteż przyrządów do badania, odpowiadającego dzisiejszemu stanowi nauki, jak to proponowałem w mojm referacie jeszcze na ankiecie w roku 1899 we Lwowie, zwołanej na żądanie c. k. armii

Przy stwierdzeniu najdrobniejszych zmian chorobowych powinien lekarz policyjny prostytutki jawne i tajne przymusowo odstawić do szpitali i tam należy je leczyć dopóty, dopóki nie ustąpią wszelkie objawy, czyniące je niebezpiecznemi dla odwiedzających. Leczenie pozaszpitalne dla prostytutek jawnych i tajnych jest niedopuszczalne wobec poprzednio podniesionych faktów. Niemniej jednak należy oddziały szpitalne dla prostytutek pod względem umieszczenia, wiktu i traktowania urządzić wedle ogólnej normy szpitalnej, odpowiadającej dzisiejszym wymogom higieny, aby chore nie miały wrażenia przebywania w zakładach karnych. Cierpliwe przebywanie w szpitalu należy chorym umożliwić przez stworzenie odpowiednich sal zajęcia, danie im możności pracy, i to nietylko mechanicznej, lecz co ważniejsza, umysłowej. W pierwszym rzędzie powinny się znaleść takie oddziały dla kobiet w obu stolicach kraju, jakoteż w większych miastach prowincyonalnych, zwłaszcza zaś w tych, gdzie będą garnizony.

Podobnie postąpiło namiestnictwo w Wiedniu, które urządziło w Meidlingu szpital dla prostytutek na 540 łóżek, będący w łączności ze szpitalem Franciszka Józefa, a pod kierownictwem prof. Fingera.

B) Najistotniejszą zapobiegawczą regułą jest dokładne

leczenie chorób wenerycznych, gdyż usuwa z jednej strony zaraźliwe objawy chorobowe, z drugiej zaś skraca trwanie choroby. Nadto uświadamia ono chorego o znaczeniu choroby i środkach, zapobiegających jej przenoszeniu. Lekarze mają do walczenia na tem polu z wielu trudnościami. Chorzy płciowi uczuwają najczęściej tylko nieznaczne dolegliwości i nie przywiązują do nich wagi. Dlatego nie spodziewają się wcale, że te poważne i przewlekłe schorzenia wymagają energicznego, długiego, a częstokroć przykrego leczenia.

Wielu chorych nie chce się temu poddać. W ich pojęciu bowiem leczenie, jak je dzisiaj nauka przepisuje, jest za uciążliwe w stosunku do małych dolegliwości, które uczuwają. Te dolegliwości nie przeszkadzają najczęściej w wykonywaniu zawodowych zajęć i utrzymywaniu stosunków płciowych.

Dalszą trudność w stosowaniu leczenia sprawia zła opinia, jakiej używają płciowi chorzy; dlatego kryją się oni z chorobą.

Leczenie rozpada się na: 1) szpitalne, 2) ambulatoryjne.

1) Leczenie szpitalne byłoby ideałem, o ileby chorzy pozostawali internowani aż do zupełnego wyleczenia. W tym celu **każdy szpital** powinien mieć obowiązek i możność przyjmowania płciowych chorych i umieszczania ich zarówno, jak wszelkich innych. Idealny postulat, by **każdy** chory weneryczny leczył się w szpitalu, nie da się oczywiście przeprowadzić wobec długiego trwania chorób wenerycznych i zbyt wielkiej ich liczby już w czasach normalnych, a cóż dopiero wobec opisanych okoliczności. Jednakże poprawa stosunków jest tu możliwa i konieczna.

Ilość szpitali w kraju nie odpowiadała przed wojną ani w przybliżeniu potrzebie, a cóż mówić wobec gwałtownego wzmożenia się chorób wogóle, a wenerycznych w szczególności. Oddziały szpitalne dla chorób płciowych posiadają u nas przeważnie tylko większe miasta. Prowincyonalne szpitale nie posiadają najczęściej takich oddziałów, kierownictwo zaś szpitali leży w ręku chirurgów lub internistów, którzy tylko z konieczności muszą się zajmować chorobami wenerycznemi. Odtąd powinno się żądać od lekarzy szpitalnych, miejskich, powiatowych i okręgowych dokładniejszego obeznania się z chorobami wenerycznemi.

W przytoczonych stosunkach byłoby najkorzystniejszem, ażeby chorzy kiłowi wogóle, a przynajmniej w pierwszych okresach osutkowych (zwłaszcza z formą sączącą, najwięcej zaraźliwą), poddawali się leczeniu szpitalnemu, pozatem zaś ambulatoryjnemu (kilaki mniej zaraźliwe). Dotyczy to zwłaszcza chorych, którzy grożą zakażeniem otoczeniu, czy to przez wspólne mieszkanie w niebezpiecznych pod tym względem masowych kwaterach, czy to przez pracę wśród wielu towarzyszy (w fabrykach), czy też wreszcie przez młodość, lekkomyślność, niedbalstwo i oddawanie się prostytucyi.

Galicyjska ludność ma uprzedzenie do leczenia szpitalnego i zglasza się skutkiem tego bardzo późno do szpitala, pragnąc potem wydostać się z niego jak najprędzej. Wobec niemożności ukrywania swojej choroby przy pomieszczeniu kilkudziesięciu chorych w jednej sali, niewystarczającego pożywienia szpitalnego dla względnie dobrze się czujących i silnych osób, chcących jak najprędzej wydostać się do swych zajęć, wyłaniają się dla lekarza wielkie trudności zatrzymania w szpitalu chorych nawet z namacalnymi objawami zakaźnymi. Lekarz więc musi swoim taktem i powagą przeprowadzić, aby chorych przed zupełnem ustąpieniem zakaźnych objawów nie wypuszczać ze szpitala, gdyż na przepisie prawnym w tym względzie nie może się w naszej monarchii oprzeć.

Względnie krótkie leczenie szpitalne pociąga za sobą to, że niedostatecznie leczony i niewyleczony chory wkrótce po opuszczeniu szpitala ulega nawrotowi choroby. Większość zaś tych chorych po uzyskaniu wolności nie ma zamiaru dalej się leczyć, chociaż ma to zalecone. Rozumie się, iż tacy chorzy rozszerzają chorobę. Wprawdzie nie istnieją w Austryi przepisy, któreby podobnie, jak w Szwecyi, Norwegii lub Danii, mogły chorego zmusić do pozostania w szpitalu, jak długo lekarz uzna to za stosowne, to jednak co do prostytutek wyrobiło się niejako prawo zwyczajowe przetrzymywania ich w szpitalu wedle potrzeby wobec zależności tych osób od kontroli policyjnej. Nadto istnieje rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z 20 października 1879, zarządzające ograniczone przymusowe leczenie dla ubogich albo lekkomyślnych i niedbałych chorych.

Także ściąganie kosztów szpitalnych za chorych, niemogących płacić, od gminy ich przynależności stawia tych chorych pod pręgierz opinii ich rodzin, gmin i odstręcza od leczenia szpitalnego. Dlatego powinno państwo płacić koszta leczenia tych płciowych chorych, którzy nie mogą sami ich ponieść, a nie należą do kas chorych. Wszakżeż główną podstawę w zwalczaniu chorób wogóle stanowi umożliwienie leczenia bezpłatnego, zwłaszcza szpitalnego, chorym niezamożnym obok ubezpieczenia robotników w kasach chorych.

Wobec tego, iż, jak przytoczyłem, leczenie szpitalne jest dla chorych wenerycznie najkorzystniejsze, musi się rozszerzyć lub otworzyć nowe oddziały weneryczne pod kierunkiem zawodowo wykształconych lekarzy cywilnych lub wojskowych w większych miastach. Jeszcze w roku 1899 podniosłem w moim referacie, przedstawionym na wezwanie namiestnika hr. Pinińskiego na wyżej wspomnianej ankiecie, konieczność pomnożenia liczby łóżek względnie utworzenia nowych oddziałów dla chorych wenerycznie w krajowych szpitalach, a to przynajmniej we Lwowie, Krakowie i Przemyślu, gdyż istniejące podówczas już nie wystarczały. Ten mój wniosek, jak liczne usiłowania w tym kierunku, pozostały bez skutku. Groza teraźniejszego położenia nakazuje nie oszczędzać koniecznie potrzebnych, chociaż znacznych kosztów celem przygotowania szpitali krajowych do walki z chorobami wenerycznemi.

Jakie stosunki w tym względzie teraz istnieją, niechaj posłużą przykłady największych oddziałów w Krakowie i Lwowie.

W Krakowie z chwilą wybuchu wojny wzrosła znacznie ilość wenerycznie chorych kobiet. Przyczyniły się do tego nietylko wzrost jawnej prostytucyi, lecz także pilne obławy policyjne, dostarczające materyału, rekrutującego się przeważnie ze służących i robotnic. Ilość łóżek już wtedy nie wystarczała. Tem więcej dało się to odczuć w roku 1915, wiodąc do opłakanych stosunków; na 60 łóżkach musi się mieścić liczba kobiet dwukrotnie większa, tak iż po 4—5 kobiet przypada na dwa łóżka. Nie ulega więc wątpliwości konieczność powiększenia tego oddziału przynajmniej do 200 łóżek. Mogłoby to nastąpić przez odstąpienie przez władze wojskowe jednego z licznych szpitali fortecznych.

Już w czasach pokojowych dawał się uczuwać także w lwowskim szpitalu krajowym wielki brak łóżek dla chorych płciowych. Oddział bowiem męski skórno-weneryczny liczył 130 łóżek, takiż żeński 89 łóżek, czyli razem 219 łóżek. Ta liczba łóżek jest dla 200.000 miasta nieproporcyonalnie mała, jeżeli się uwzględni, iż nietylko weneryczni, ale także ciężko chorzy skórni musieli być do szpitala przyjmowani. Obecnie zajmują wszystkie te łóżka z dodaniem jeszcze 51, razem 250, kobiety płciowo chore. Dla mężczyzn niema więcej miejsca. A przecież cywilni mężczyźni taksamo ulegają zakażeniu i taksamo jest najlepiej, jeżeli poddają się leczeniu szpitalnemu, gdyż to przedstawia najlepszą rękojmę wyleczenia. Wymowne są pod tym względem liczby:

W roku 1915 leczono w szpitalu powszechnym 735 kobiet wenerycznych, a dni leczenia było w tym roku 20.342, średnio więc czas leczenia wydosił 27.7 dni.

Natomiast w roku 1915 było leczonych 1.656 ko-

biet, dni leczenia było 51.629, średnio zaś trwało leczenie 31.1 dni.

Ta ilość kobiet wenerycznych mieści w sobie także chore, dostawiane często z prowincyi tak za czasów inwazyi rosyjskiej, jakoteż przez władze wojskowe austryackie z kraju, a nawet z Królestwa. Niemal w dwójnasób wzrosłą liczbę kobiet wenerycznych leczono na liczbie łóżek, już przedtem niewystarczającej. Niedostatek łóżek szpitalnych we Lwowie i w Krakowie utrudniał leczenie chorób wenerycznych w czasie pokoju, zwłaszcza, iż o rozszerzeniu oddziałów skórno-wenerycznych w samymże obrębie szpitala lwowskiego i krakowskiego mowy być nie może dla zupełnego braku miejsca. Inne oddziały już dzisiaj są również przepełnione i ściśnięte wbrew wszelkim zasadom higieny, ze względu na przepełnienie oddziałów skórno-wenerycznych Np. w sierpniu 1915 r. wynosiła dzienna ilość chorych średnio 230 - 250 w porównaniu do dawniejszej 60—70. Koniecznością zaś jest powiększenie odpowiednie ilości łóżek dla płciowo chorych w szpitalu krajowym we Lwowie, jeżeli nietylko prostytutki jawne i tajne, lecz i kobiety podmiejskie, a częstokroć mężatki, niewinne dziewczęta i dzieci, w równej mierze zaś i mężczyźni z chorobami płciowemi korzystać mają z odpowiedniego leczenia szpitalnego. Ten piekący już dzisiaj niedostatek łóżek grozi wprost katastrofą po wojnie, skoro powróci tylu mężczyzn, na razie leczonych w wojskowych szpitalach, a potrzebujących jeszcze dalszego leczenia.

Dalej sale szpitalne już teraz są tak przepełnione, że nietylko odstraszają chorych, lecz nadto niepodobna uchronić od rtęcicy leczone rtęcią przypadki kiły. Nietylko bowiem ilość sal jest niewystarczająca, lecz nadto łóżka są tak gęsto obok siebie ustawione, iż na jedno łóżko wypada $2^1/_2$ metra kwadratowego do 3.6 metrów kwadratowych zamiast najmniejszej przestrzeni 8 metrów wedle zasad higieny. Naturalnie w takich warunkach nie można rozsegregować rozmaitych chorych wenerycznych lub oddzielić ich od chorych skórnych, a prostytutek osobno od innych pomieścić niepodobna. Tego rodzaju stosunki urągają nietylko zasadom zwalczania chorób wenerycznych, lecz nawet etyczno-ludzkim.

Lwów powinien nietylko jako stolica kraju, lecz także wobec gwałtownej i naglącej potrzeby wielkiego miasta i okolicy posiąść bezzwłocznie wzorowo urządzone instytucye szpitalne celem zwalczania chorób wenerycznych. Wobec reskryptu ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 7. XI. 1915, 15.357 i 15.180/S, podnoszącego niemożność budowania nowych zakładów, a nagłości sprawy, nadawałyby się do tego celu najlepiej wojskowe baraki przy ulicy Pijarów, przytykające do kliniki chirurgicznej. I gdyby władze wojskowe, uwzględniając potrzebę zwalczania chorób wenerycznych, także w interesie armii zechciały oddać te jedyne we Lwowie do tego celu odpowiednie budynki, w takim razie kwestya szpitalna we Lwowie byłaby rozwiązana. Możnaby wedle potrzeby otwierać w barakach pawilony po 100 łóżek, powiększając ich liczbę w razie potrzeby aż do 400, a nawet do 450. W jednym baraku znajduje się obecnie znakomicie przez starszego lekarza sztabowego Dr. Krausza urządzony oddział przyjęć Czerwonego Krzyża. Zawiera on szatnię, odwszawiarnię, łaźnię, izbę przyjęć, salę oględzin lekarskich, nadto obszerne, jasne, dobrze ogrzane sale, w którychby można umieścić kilkadziesiąt łóżek, o ileby galicyjski Czerwony Krzyż, popierając akcyę, zgodził się później na oddanie tego budynku. W każdym razie łatwość adaptacyi, nie pociągająca za sobą wygórowanych kosztów, każe przedstawić te baraki jako odpowiednie do rozszerzenia oddziałów szpitalnych weneryczno-skórnych. Nieodzowne oddzielenie prostytutek od innych chorych, jakoteż stworzenie warsztatów pracy, zwłaszcza dla prostytutek, można w tych barakach przeprowadzić.

Jako wielkie utrudnienie w zwalczaniu chorób płciowych w mieście Lwowie należy podnieść niefunkcyonowanie stałej kliniki dermatologicznej uniwersytetu. Z rozpoczęciem wojny stosownie do uchwały Wydziału lekarskiego zgłosił ówczesny rektor uniwersytetu wszystkie kliniki jako oddziały galicyjskiego Czerwonego Krzyża. Od sierpnia 1914 r. w klinice skórno-wenerycznej prowadzi profesor tegoż przedmiotu wraz z asystentką Dr. Pogonowską oddział Czerwonego Krzyża dla chorych skórnych o 75 łóżkach. Do niedawna ranni oparzeni i odmrożeni przeważali na tym oddziale Tem samem odpadły te łóżka dla wenerycznych.

Z wielkiemi trudnościami wobec zajęcia kliniki przez wojsko, udało mi się tamże z podjęciem wykładów uniwersyteckich na rok 1915/1916 otworzyć ambulatoryum kliniczne. Obok tego, iż służy ono celom dydaktycznym, było ono do niedawna jedynym posterunkiem ambulatoryjnym, gdzie odbywało się leczenie chorób wenerycznych w mieście Lwowie. Wobec niemożności przyjmowania chorych, nadających się do stałej kliniki, chroma działalność kliniki i nie może być tak wydatna w kierunku leczniczym dla miasta, jak wtedy, gdyby klinika rozporządzała pewną znaczniejszą liczbą łóżek. Nie ulega wątpliwości, iż leczenie kliniczne daje gwarancyę najszybszego leczenia. Im prędzej zaś chory płciowo wyleczy się po doszczętnem ustąpieniu objawów zakaźnych, tem mniejsze jest prawdopodobieństwo dalszego szerzenia przezeń zarazy.

Przy uwzględnieniu znaczenia kliniki dermatologicznej dla zwalczania chorób wenerycznych przez zawodowe kształcenie lekarzy i leczenie chorych, jest we Lwowie dana możliwość puszczenia w ruch nowej kliniki dermatologicznej, o ileby c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych uczyniło wkład około 60.000 koron. Budowa nowej kliniki dermatologicznej na 60 łóżek (może pomieścić i podwójną ich liczbę) została ukończona tuż przed wojną kosztem 550.000 koron. W czasie inwazyi zajęli ją Rosyanie i umieścili tam dur plamisty i inne choroby zakaźne. Przytem zniszczyli radyatory i spalili kotłownię. Wedle obliczenia techników rekonstrukcye tych szkód wyniosą około 60.000 koron. Jest to wkład bardzo nieznaczny w porównaniu do kosztów przeszło pół miliona koron, które kraj i państwo włożyły w budowę, jakoteż w porównaniu do pożytku, wynikającego dla walki z chorobami wenerycznemi z otwarcia kliniki. Na razie po rekonstrukcyi przy dostarczeniu zwykłego urządzenia wewnętrznego, może przy pomocy popierających zwalczanie chorób płciowych władz wojskowych, rozpoczęłaby klinika energiczną działalność na tem polu, mogłaby nieść pomoc wielkim rzeszom ludności miejskiej i przybywającej ze wszystkich stron kraju do stolicy celem leczenia się na choroby weneryczne.

W Krakowie wobec braku własnego budynku kliniki, co się na razie nie da usunąć, oraz ciasnoty i złego pomieszczenia oddziału wenerycznego w szpitalu krajowym, należałoby przez pozyskanie od władz wojsk. odpowiednich objektów szpitalnych, przez wynajęcie i urządzenie prywatnego domu, czy może budowę baraku, rozszerzyć i klinikę i oddział szpitalny.

Stworzenie schroniska, o którem przytoczony reskrypt wspomina, jest postulatem wiedeńskiego Towarzystwa dermatologicznego z r. 1893, z przed wojny. Może on być i teraz wzięty pod rozwagę, lecz piekącej kwestyi leczenia całych chorych mas ludności nie posuwa tak naprzód, jak przedstawione projekty. Schroniska miałyby niezawodnie racyę bytu i mogłyby powstać jako instytucye humanitarne. Wiedeński projekt prof. Fingera także nie przyszedł na razie do skutku dla braku odpowiedniego budynku. Chodzi tu o prostytutki, które wobec braku objawów nie nadają się do leczenia szpitalnego, lecz mimo to czasowo są dla otoczenia niebezpieczne ze względów higienicznych. Do takich zakładów nadają się prostytutki zakażone kiłą aż do ustąpienia zaraźliwego okresu choroby, dalej prostytutki z wewnętrznym ciężkim wiewiórem, wreszcie prostytutki ciężarne. Dla takich chorych powinno się utworzyć schronisko z nadzorem lekarskim i ewentualnem zajęciem ich pracą przymusową, lecz płatną. Jasną jest

rzeczą, iż wobec nawału chorych szpital takich kobiet po usunięciu objawów choroby trzymać nie może, natomiast nadają się one do domów pracy, jeżeli się je utworzy podobnie jak w Anglii z umoralniającą tendencyą. Możnaby je nawet połączyć ze szpitalami i w ten sposób usunąć na razie jeszcze niepewne dla zdrowia publicznego, nadto podnieść wielką ich część moralnie i ułatwić im powrót do uczciwego życia. Prawdopodobieństwo umoralnienia istnieje niezawodnie, gdyż wiemy z doświadczenia, że właśnie najmłodsze, i to przeważnie początkujące (tajne) prostytutki zapadają na choroby weneryczne, w szczególności na kiłę (największa część już między 17. a 20. rokiem życia). Główny więc zastęp dostarczyłyby schronisku młode, jeszcze częstokroć niezupełnie zwyrodniałe kobiety. Praca nad niemi byłaby z pewnością uwieńczona dodatnim wynikiem

Natomiast należy bezzwłocznie rozszerzyć lub otworzyć wzorowe oddziały weneryczne pod kierunkiem wykształconych fachowo lekarzy cywilnych lub wojskowych i w innych miastach, jak Stanisławów, Kołomyja, Stryj, Przemyśl, Zaleszczyki, Tarnopol, Drohobycz, Tarnów, Jarosław, Nowy Sącz, Śniatyn, Kosów, Husiatyn, Sambor, Sanok, Dolina, Żywiec, Brzeżany, Żółkiew, Brody, Biała, Podhajce, Złoczów, Kałusz. Miasta te bowiem wykazywały, jak przytoczyłem, już przed wojną taką frekwencyę chorych wenerycznych, iż należały się im już wtedy oddziały, a cóż dopiero po wojnie.

W tym względzie zasługuje na uwagę okoliczność, iż wojna stworzyła wiele wzorowych urządzeń, które zatrzymają swoją wartość i w czasach pokojowych. Wszakżeż powstały całe znakomicie wyposażone szpitale barakowe, które po wojnie mogą oddać cywilnej ludności znakomite usługi, jeżeli niepotrzebne na miejscu swego powstania, to przeniesione w miejsca najbliższe, dotknięte chorobami wenerycznemi. Nadto niektóre budynki państwowe i prywatne, adaptowane częstokroć z wielkim sumptem jako szpitale lub domy dla ozdrowieńców w czasie wojny, można będzie niezawodnie po wojnie użyć dla chorych wenerycznych. Ułatwi to zwalczanie chorób wenerycznych, a zapobiegnie marnowaniu wielu urządzeń wojennych, które sumy pochłonęły. Przy utrzymywaniu ewidencyi miejscowości, w których szerzą się choroby weneryczne, możnaby do nich skierować wiele z wyżej wspomnianych kosztownych urządzeń i w ten sposób wyposażyć doskonale mniejsze szpitale, i to względnie niewielkimi środkami. Wiele z istniejących zakładów, nie odpowiadających dzisiaj wymogom higieny, możnaby tem, co pozostanie z czasów wojny, znakomicie wyposażyć. Nieodzownem zaś do tego jest zawczasu zbadać okolice, dotknięte chorobami wenerycznemi, określić potrzeby, jakoteż wiedzieć dokładnie, ile i jakich urządzeń wojennych będzie do rozporządzenia.

Prócz tego, gdzie niema szpitali i gdzie z takich, czy innych względów nie można ich utworzyć, powinny być tworzone w razie endemii przynajmniej dyspensatorya.

Czynność szpitalnego zwalczania utrudnia wielce brak lekarzy; mogłaby ona dojść do skutku jedynie w razie, gdyby władze wojskowe zwolniły ze służby wojskowej, względnie przydzieliły w charakterze wojskowym odpowiednio wykształconych lekarzy do służby przy oddziałach wenerycznych. Celem zaś przygotowania odpowiedniej liczby sił lekarskich, powinniby być lekarze wysyłani na koszt rządowy do klinik na kursa bodaj dwutygodniowe, zaznajamiające praktycznie z najnowszemi metodami leczniczemi.

Do tych nowych lub powiększonych oddziałów należałoby początkowo kierować płciowo chorych. Lecz nie ulega wątpliwości, iż te szpitale nie zdołają scentralizować całej zarazy. Wskutek tego nieodzownem będzie otwieranie wedle potrzeby mniejszych szpitali po powiatach, najbardziej dotkniętych endemią. Rzeczą lekarzy powiatowych i okręgowych będzie stwierdzić to w pierwszym rzędzie. Na żądanie powiatów należałoby wysyłać komisye z rutynowanymi znawcami, którymby ułatwiono badanie wielkiej liczby ludności danych powiatów. W razie stwierdzenia endemii w danym powiecie powinno państwo eksponować lekarzy celem leczenia, a w razie potrzeby polecić otwarcie szpitala przynajmniej barakowego, wyposażając go w przyrządy i środki lecznicze. Podobną akcyę przedsięwzięto swego czasu na Huculszczyźnie, gdzie badałem tysiące ludzi, po poprzedniem przygotowaniu ich jednak przez władze, a zwłaszcza przez lekarzy, eksponowanych do zwalczania endemii. Inaczej nie osiągnie się należytego wyniku z wysyłania komisyi. Musi się bowiem zawsze mieć na oku trudności, na jakie się napotyka u ludności wiejskiej przy masowem jej badaniu w kierunku chorób wenerycznych.

Dalej w zwalczaniu chorób płciowych mogą odegrać wielką rolę kasy chorych, wobec obowiązku bezpłatnego leczenia przez własnych lekarzy, dostarczania leków, ponoszenia kosztów szpitalnych i wypłaty pieniężnej każdemu niezdolnemu do zarobkowania choremu członkowi kasy. Otóż choroby płciowe nie powinny być przez kasy uważane za zawinione przez chorego i odrębnie od innych traktowane. Przeciwnie państwo i kraj mają prawo wymagać od kas chorych, aby te jak najtroskliwiej teraz zaopiekowały się chorymi płciowymi i uważając ich za niezdolnych do zarobkowania, wypłacały im zasiłki, a zwłaszcza, iż, jak nadmieniono, zakażenie pozapłciowe wzmogło się tak bardzo. Kasa chorych miasta Lwowa postępuje w ten sposób. Według okólnika ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 7 listopada 1915 L. 15.180/S powinny kasy chorych zająć się swoimi członkami, wracającymi z wojska, o ile władza wojskowa o przebytej chorobie kasę zawiadomi. Świeżych chorych wojskowość zatrzyma w leczeniu.

Świadome celu leczenie chorób płciowych jest najważniejszą częścią zapobiegania tym chorobom. W tym kierunku powinno państwo i społeczeństwo wytężyć swoje usiłowania. Może to nastąpić nietylko przez wspomniane stworzenie, względnie pomnożenie urządzeń, ułatwiających leczenie, zwłaszcza szpitali, lecz nadto przez ponoszenie kosztów za niemogących się inaczej leczyć (we Włoszech stworzył to Crispi 1888).

Badanie i leczenie przymusowe nie da się w naszych warunkach przeprowadzić nawet po wojnie tak, jak to zaprowadziły kraje północne.

Zarządzenia przymusowe tego rodzaju odnoszą skutek jedynie wtedy, jeżeli wielkie masy ludności współdziałają, przekonane o potrzebie tych zarządzeń, jakoteż, jeżeli istnieje możność ujęcia przynajmniej wielkiej części szkodników. U nas jest to wykluczone. Nawet w Danii i Norwegii dotyczy ogólny obowiązek donoszenia jedynie chorych, leczonych publicznym kosztem w szpitalach, nie zaś prywatnej klienteli. Wobec przesądów, rozpowszechnionych w naszem społeczeństwie, spowodowałby przymus donoszenia jeszcze większe tajenie chorób płciowych i zaniedbywanie leczenia (a temsamem rozszerzanie). Do wydatnego zwalczania chorób płciowych przez lekarzy najwięcej dopomaga im obowiązek tajemnicy lekarskiej. Zgłaszając się do lekarza, płciowo chorzy szczególnie są w prawie żądać odeń zachowania tajemnicy, wobec tego, iż z chorobą powierzają lekarzowi swoje najtajniejsze stosunki. Właśnie szerzenie się tych chorób przed wojną więcej drogą płciową wyrobiło wstydliwość, która nie ustąpi wobec grożącego teraz zarażania się pozapłciowego. Zaprowadzenie powszechnego przymusu zachwiałoby zaufanie publiczności do lekarza, a natomiast wydałoby chorych w ręce partaczy lub skierowałoby ich na drogę szukania porady, ogłaszanej »drogą listowną« nawet z ewentualnem dostarczaniem leków. Oba te zła powinno państwo usunąć, gdyż one przyczyniają się właśnie do szerzenia zarazy. Partacze nie leczą, ale częstokroć szkodzą, a ich klienci żenią się, choć są jeszcze chorzy. Nierzadko partacze wmawiają chorobę w zdrowych. Uciekają się nawet do wymuszeń, wiedząc o tem, iż płciowo chory skłonnym jest ponieść wielkie ofiary, byle się

tylko nikt o jego chorobie nie dowiedział. U nas zdarzały się na szczęście rzadziej takie przypadki, niż n. p. w Wiedniu. Powinny też odtąd zniknąć obok partaczy lekarskich i ich ogłoszeń także wszelkie ogłoszenia dziennikarskie leków na choroby płciowe, jeżeli zwalczanie ich ma być racyonalnem.

Rozszerzenie na choroby weneryczne obowiązku donoszenia Władzy zdrowia, podobnie jak przy ostrych zakaźnych chorobach o ostrych zakaźnych objawach, byłoby niemożliwem i bezcelowem wobec przewlekłego przebiegu choroby i możności zarobkowania chorego. Wreszcie największa część chorych nie zechce lub nie potrafi podać źródła zakażenia, o którego wykrycie głównie przy doniesieniu chodzi. (Czasami mogłyby się dziać nadużycia w przeciwnym kierunku przez obwinianie zupełnie niewinnych osób). Przy dłuższem wylęganiu się wiewióra, a tem więcej kiły, źródło zakażenia nie da się z pewnością podać, o co głównie chodzi przy doniesieniu. Biegły dermatolog ma sposobność rektyfikować na podstawie objawów klinicznych u największej części płciowo chorych nieprawdziwe określenia trwania choroby. Nawroty wiewióra i kiły n. p. podają chorzy jako świeże krótkotrwałe zakażenie.

Zapobiegawcze donoszenie o chorobach płciowych ograniczyłoby się z natury rzeczy głównie do takich osób, które albo z braku środków materyalnych albo z niesumienności i lekkomyślności nie leczą się, dalej do chorych mamek i dzieci z dziedziczną lub świeżo nabytą kiłą, do kandydatów do małżeństwa, którzy nie stosują się do przepisów lekarskich i zagrażają niemal z pewnością tem, iż inne osoby zakażą. Lecz nawet w takich razach nie przysłuża lekarzowi właściwe prawo donoszenia i łamania tajemnicy lekarskiej, nawet skoro go zawiodą wszelkie jego usiłowania zapobiegawcze, by osoby takie unieszkodliwić dla otoczenia. Musiałby istnieć odpowiedni przepis prawny, któryby pozwolił lekarzowi donosić władzy zdrowia o wspomnianych przypadkach, zagrażających zdrowotności publicznej. Jednem słowem ustawa powinna być tak zmieniona, aby lekarz miał prawo bez narażania się na proces donieść powierzoną sobie przez chorego tajemnicę władzy zdrowia, w razie gdy grozi niebezpieczeństwo zdrowiu innych, któremu lekarz sam nie może zapobiedz. Także co do chorych zgłaszających się do leczenia szpitalnego, co do których istnieje podejrzenie, iż po samowolnem opuszczeniu zakładu, dalej leczyć się nie będą, powinno w razie wielkiego niebezpieczeństwa z ich strony dla otoczenia przysłużać lekarzowi szpitalnemu prawo donoszenia do władzy zdrowia.

Streszczając wszystko, stwierdzam:

I. Sprawa zwalczania chorób wenerycznych, z dawien dawna chromająca w Galicyi, obecnie w czasach wojny przybrała już zastraszające rozmiary, grożące nietylko społeczeństwu galicyjskiemu, ale także c. k. armii, a przez nią całej monarchii. Wobec tego jest to rzecz niepomiernej doniosłości, która musi wymagać bardzo znacznych materyalnych ofiar, a zdobycie ich może jedynie umożliwić akcyę.

II. Co się tyczy środków zaradczych, to należałoby je rozdzielić na: A) zasadnicze, ustawodawczej natury, któreby się może w drodze administracyjnych i wojskowych rozporządzeń lub na podstawie § 14. uzyskać dały; B) środki, które w obecnej groźnej chwili bezzwłocznie powinny być wprowadzone.

A) Środki zasadnicze:

I. Wejście w życie § 304 z nowego, w roku 1912 wniesionego projektu austryackiego prawa karnego pod tytułem »Uszkodzenie przez chorobę płciową«, postanawiającego: »1) Chory płciowo, który wykonywa spółkowanie połączone z niebezpieczeństwem zarażenia; 2) każdy, kto dopomaga do spółkowania z płciowo chorym, połączonego z niebezpieczeństwem zarażenia; 3) mamka chora na kiłę, która wchodzi do służby przy zdrowem dziecku i ten, kto do dziecka chorego na kiłę bierze zdrową mamkę, — podlegają karze więzienia od 4 tygodni do 3 lat. — Kto z małżonków drugą stronę zarazi wenerycznie, będzie ukarany tylko po wniesieniu oskarżenia prywatnego«.

II. Rada szkolna krajowa unormuje w rozmaitych rodzajach szkół pouczanie dorastającej młodzieży o powadze i znaczeniu życia płciowego i chorób płciowych, jakoteż o osobistem uchronieniu się od nich przez pedagogicznie wykształconych lekarzy lub higienicznie wykształconych nauczycieli w ramach nauki ogólnej higieny.

III. Pouczenie chorych wenerycznych zapomocą urzędownie wydanych, a lekarzom rozdzielanych przepisów (Merkblätter).

IV. Pouczenie ludności przez zaprowadzenie popularnych wykładów o chorobach wenerycznych. Wciągnięcie do tego celu lekarzy praktykujących na prowincyi, duchowieństwa wiejskiego, nauczycieli szkół ludowych i akuszerek.

V. Wydanie przepisów, wymagających, aby lekarze szpitalni, jakoteż powiatowi i okręgowi, obznajomili się dokładnie z chorobami wenerycznemi.

VI. Obowiązkowe pouczanie położnych o chorobach płciowych.

VII. Wydanie przepisów dla pośrednictwa mamek, a mianowicie co do przymusowego badania ich, oraz dzieci, które mają karmić.

VIII. Zarządzenie ściślejszej kontroli nad oczami noworodków.

IX. Polecenie kasom chorych, ażeby uważały płciowo chorych za niezdolnych do zarobkowania i wypłacały im zasiłki zupełnie tak, jak innym chorym, w ogóle, aby traktowały wenerycznych chorych na równi z innymi.

X. Reforma koszarowych mieszkań po miastach, aby przestały być ogniskami, roznoszącemi choroby weneryczne.

XI. Zaprowadzenie ograniczonego przymusu leczenia dla tych chorych, którzy nie dają gwarancyi swem stanowiskiem i inteligencyą, iż sami się leczeniu poddadzą, z ponoszeniem kosztów leczenia przez państwo za biednych chorych.

XII. Zakaz leczenia przez partaczy i listownie, jakoteż dostarczania leków i wszelkich specyfików bez przepisu lekarzy.

XIV. Umożliwienie lekarzom w danych przypadkach donoszenia do władzy zdrowia o grożącem niebezpieczeństwie.

XV. Rozszerzenie tajemnicy lekarskiej na wszystkie instytucye, mające do czynienia z chorymi wenerycznie, n. p. powiaty, gminy.

XVI. Powiększenie sił lekarskich w szpitalach i na powiatach.

XVII. Ustanowienie specyalnych posad lekarzy chorób wenerycznych, eksponowanych po powiatach.

B.) Środki, które w obecnej groźnej chwili bezzwłocznie powinny być wprowadzone, są następujące:

1) Natychmiastowe otwarcie przy lwowskim szpitalu dla wenerycznych przynajmniej 450 łóżek z powiększeniem liczby lekarzy. Do tego nadają się baraki wojskowe, tuż przy szpitalu położone.

2) Bezzwłoczne otwarcie nowej kliniki lwowskiej chorób skórnych i wenerycznych w wybudowanym na ten cel gmachu przez usunięcie szkód, wywołanych wojną, w wysokości około 60.000 koron, jakoteż dostarczenie łóżek i urządzenia, ewentualnie wojskowych, i sił lekarskich (asystentów służących w wojsku).

Rozszerzenie kliniki krakowskiej przez donajęcie budynku prywatnego czy też budowę baraku, lub uzyskanie od wojskowości na ten cel odpowiedniego objektu.

3) Natychmiastowe powiększenie oddziału weneryczno-skórnego w Krakowie o 120 łóżek (o ile możności w objekcie, na ten cel przez wojskowość ustąpić się mającym).

4) Otwieranie i rozszerzanie oddziałów dla chorych wenerycznych w całym kraju, jak to wyłuszczono powyżej, po większych miastach i na prowincyi (Stanisławów, Koło-

myja, Stryj, Przemyśl, Zaleszczyki, Tarnopol, Drohobycz, Tarnów, Jarosław. Nowy Sącz, Śniatyn. Kosów, Husiatyn, Sambor, Sanok, Dolina, Żywiec, Brzeżany, Żółkiew, Brody, Biała, Podhajce, Złoczów, Kałusz).

Tworzenie w różnych miejscowościach, silniej zagrożonych, (w razie braku czy niemożności utworzenia szpitali), przynajmniej dyspensatoryów.

5) Otwarcie ambulatoryów miejskich do leczenia chorób wenerycznych w miastach Lwowie i Krakowie, a także po powiatach.

6) Przydzielanie lekarzy wojskowych do szpitali, przeciążonych chorobami wenerycznemi.

7) Delegowanie na koszt rządowy lekarzy do klinik na kursa bodaj dwutygodniowe celem zaznajomienia się praktycznego z najnowszemi metodami leczenia chorób wenerycznych.

8) Niezbędne dokładne obliczenie na te cele potrzebnych funduszów i wyjednanie odpowiednich kredytów.

O najważniejszych wskazaniach leczniczych w przebiegu wiewióra ostrego i podostrego.

(Wykład kliniczny).

Napisał

Prof. Dr Władysław Reiss.

Stawiając sobie za zadanie omówienie kardynalnych wskazań leczniczych w przebiegu różnych okresów wiewióra, pomijam już z góry kwestyę zapobiegania, wychodząc z założenia, że mamy do czynienia z zakażeniem już rozpoznanem. Ponieważ praktyka poucza, że chorzy zgłaszają się do lekarza najczęściej dopiero w dłuższy czas po zakażeniu, t. j. z objawami już silnie rozwiniętej sprawy zapalnej i ostrego ropotoku, możemy nader rzadko stosować t. zw. leczenie poronne, które w pewnym tylko procencie przypadków (wedle mego doświadczenia bardzo nizkim) może prowadzić do pożądanego wyniku, t. j. przerwania dalszego przebiegu sprawy chorobowej.

Usiłowanie przeprowadzenia leczenia poronnego dotyczyć może chorych, zgłaszających się najpóźniej w trzecim lub czwartym dniu po zakażeniu, zatem w okresie, w którym stwierdzić już można skąpą wydzielinę niemal zupełnie surowiczą lub surowiczo-ropną, przyczem objawy kliniczne ograniczają się do bardzo nieznacznego pieczenia lub kłucia tuż poza ujściem zewnętrznem cewki. Obraz drobnowidowy wykazuje wówczas bardzo nieliczne jeszcze dwoinki Neissera, przeważnie wolne, nieznaczną tylko ilość ciałek ropnych i liczne komórki nabłonkowe. W tym to okresie mogą prowadzić do celu natychmiastowe wstrzykiwania organicznych związków srebra, jak protargolu (Neisser) lub albarginy (Blaschko), powtarzane w krótkich odstępach czasu (co pół do jednej godziny) aż do wywołania odczynu zapalnego. Po krótkiej przerwie wznawiamy wstrzykiwania, kontrolując dalsze leczenie systematycznie przeprowadzanem badaniem drobnowidowem wydzieliny, która w ciągu leczenia staje się zawsze ropna. Koncentracyę rozczynów zmieniamy w ciągu leczenia; waha się ona przy protargolu od $^1/_2$—4%, przy albarginie od $^1/_2$—2%, przyczem u chorych wrażliwych dodajemy do danego rozczynu 2% alypiny lub 5% antipiryny. Tu zaznaczyć należy, że zbyt forsownie przeprowadzane leczenie poronne, powodujące znaczniejsze uszkodzenie błony śluzowej, może tylko prowadzić do pogorszenia sprawy chorobowej względnie do bardzo niepożądanych powikłań, a wszelkie usiłowania przeprowadzenia leczenia poronnego w okresach późniejszych (od czwartego dnia po zakażeniu) chybiają celu i są wprost przeciwwskazane.

W każdym przypadku już rozwiniętej sprawy zapalnej z wydzieliną ropną lub śluzowo-ropną należy wydzielinę zbadać mikroskopowo, nietylko dla tego, że obraz drobnowidowy wskazuje nam często na okres toczącej się sprawy zapalnej (ilość dwoinek, ułożenie ich w ciałkach lub po za ciałkami, ilość i jakość komórek nabłonkowych i t. d.), lecz także dlatego, aby módz wykluczyć, co prawda dosyć rzadko spotykane, przypadki ropienia odmiennego pochodzenia. Tu należą przypadki ropotoku wywołanego innymi drobnoustrojami (gronkowiec, prątek okrężnicy, paciorkowiec) lub też ropienia, pozostające w związku z innymi stanami chorobowymi, jak oksaluria lub artretyzm, wreszcie wywołane przez zażywanie pewnych środków leczniczych n. p. pryszczawek (cantharides), dużych dawek soli jodowych i t. p. Nie mogę również pominąć nie tak znów rzadkich, szczególnie w czasach obecnych, przypadków symulacyi, w których ropotok, najczęściej ostry, zawdzięcza swoje pochodzenie wstrzyknięciu rozczynu amoniaku, ługu potasowego lub azotanu srebrowego.

Po stwierdzeniu drobnowidowem sprawy wiewiórowej jest obowiązkiem lekarza rozstrzygnąć przedewszystkiem, jak daleko sięga sprawa chorobowa w cewce, t. j. czy zajmuje jeszcze tylko t. zw. cewkę przednią do części opuszkowej włącznie, czy też przekroczyła już tę baryerę, jaką stanowi zwieracz części błoniastej (m. compressor partis membranaceae czyli m. sphincter urethrae) i zajęła także i część tylną cewki moczowej. Jakkolwiek najczęściej już objawy kliniczne pozwalają lekarzowi na łatwą oryentacyę w tym względzie, to często jednak to przejście sprawy zapalnej na część tylną cewki następuje wśród tak nieznacznych objawów, że badanie szczegółowe w tym kierunku staje się niezbędnem.

Próbą, jaką posługują się najczęściej lekarze w powyższym kierunku, jest tak zwana próba dwu szklanek, czyli próba Tompsona, która ma jednak tylko względne znaczenie, o czem bezwarunkowo pamiętać należy. Ma ona znaczenie tylko wtedy, jeżeli część tylna cewki moczowej produkuje znaczną ilość ropy, jak to bywa w okresie ostrego zapalenia. Wtedy duża stosunkowo ilość ropy, nie mogąc pomieścić się w krótkim odcinku tylnej części cewki i nie mogąc przezwyciężyć od przodu silnego oporu zwartego mięśnia zwieracza cewki, przezwycięża natomiast z łatwością słabe napięcie zwieracza pęcherza o włóknach gładkich (m. sphincter vesicae internus), torując sobie drogę ku pęcherzowi, gdzie jako gatunkowo cięższa opada na dno. Mocz, oddany wówczas do dwu szklanek, będzie w obu naczyniach mętny, ponieważ drugie naczynie zawierać musi ropę, która pochodzi z części tylnej i która wraz z ostatnią częścią moczu opuszcza pęcherz moczowy. Próba Tompsona nie da nam natomiast żadnych wskazówek, jeżeli sprawa, tocząca się w części tylnej, jest tylko podostrą lub przewlekłą, a to dlatego, bo ropa wydzielana przez błonę śluzową części tylnej znajduje się tam w skąpej tylko ilości, przyobleka zaledwo jej ściany i nie przedostaje się też wówczas do pęcherza. Wskutek tego łatwo zrozumieć, że już pierwszy strumień moczu spłukuje wszystką ropę z całej cewki do pierwszego naczynia, drugie zaś naczynie mieścić już będzie mocz czysty, t. j. bez domieszki ropy. Wynika z tego, że kiedy mocz czysty w drugiem naczyniu dowodzi zawsze zajęcia części tylnej, to natomiast czysty mocz w drugiem naczyniu nie pozwala bynajmniej na wykluczenie sprawy zapalnej w tylnej części cewki i dlatego poleganie na wynikach tej próby w praktyce musi prowadzić do błędów w rozpoznaniu i, co za tem idzie, w następowem leczeniu. Należy przeto zawsze w razie ujemnego wyniku próby 2 szklanek przedsięwziąć próbę cewnikową, polegającą na dokładnem przepłukaniu przedniej części cewki zapomocą cewnika płynem obojętnym; męty lub nitki (zależnie od okresu wiewióra) w moczu następnie oddanym pochodzić muszą wówczas

już tylko z tylnej części cewki i świadczą o jej zajęciu sprawą chorobową. Przepłukanie powyższe przeprowadzić można również zapomocą irygatora, zakończonego oliwką, przez co unikamy wprowadzania narzędzi do cewki, co zawsze połączone jest z korzyścią. Płyn, którym przepłukujemy część przednią, powinien być raczej chłodny, aniżeli ciepły, aby pobudzić zwieracz do skurczu i uniemożliwić przedostanie się choćby nieznacznej części płynu do części krokowej, przez co wartość próby stałaby się musiała problematyczną.

Skoro tylko rozpoznamy ostrego wiewióra części przedniej cewki moczowej, nie należy ani chwili zwlekać z leczeniem. Z wyjątkiem przypadków o bardzo znacznem nasileniu sprawy chorobowej, przebiegających z bardzo silnym obrzękiem żołędzi, a zwłaszcza z zajęciem tkanki okołocewkowej (periurethritis), w których to przypadkach wszelkie leczenie miejscowe drogą wstrzykiwań jest przeciwwskazane, należy odrazu przystąpić do wstrzykiwań, mających na celu zniszczenie zarazka. W przypadkach bardzo silnego odczynu zapalnego (stadium peracutum), którym towarzyszą z reguły bardzo bolesne wzwody prącia, silne pieczenie przy oddawaniu moczu a często i domieszka krwi w ropie, ograniczyć się należy do stosowania zimnych okładów i podania środków balsamicznych, których korzystne działanie w tym okresie nie ulega żadnej wątpliwości. Działanie ich polega jednak głównie tylko na podniesieniu kwaśności moczu, a badania Friedländera wykazały, że n. p. 0·5 ol. sandałowego podnosi ją trzykrotnie i podtrzymuje ją na tym stopniu przez kilka godzin z rzędu. Wybieramy przetwory, uwolnione od olejków żywicznych drażniących nerki, n. p. santyl podawany po 20—30 kropel dziennie kilka razy w ciągu dnia. W tym okresie polecamy też chorym, o ile to tylko możliwe, leżenie w łóżku, stosując równocześnie środki narkotyczne, mające na celu uśmierzenie bólów i objawów podrażnienia.

Po ustąpieniu powyższych objawów ostrego zapalenia przystąpić należy bezzwłocznie do wstrzykiwań do przedniej części cewki moczowej, powtarzanych kilka razy dziennie, rozpoczynając od połączeń organicznych srebra, których działanie zabójcze na dwoinki Neisserowskie jest niewątpliwie stwierdzone. Mamy ich cały szereg, jak protargol, argonina, argentamina, largina, albargina, ichthargan, itrol i t. d. W klinice naszej używamy najczęściej protargolu ($^1/_2$—2%), argoniny ($^1/_2$—1%), albarginy (0.1—0·2%), przepisując środki te naprzemian, lub kolejno, i stopniując ich koncentracyę w miarę postępu w leczeniu i ustępowania zmian chorobowych. Leczenie należy kontrolować systematycznem badaniem wydzieliny w kierunku dwoinek Neisserowskich i ilości ciałek ropnych, względnie pojawiania się większej ilości komórek nabłonkowych. W okresie śluzoworopnym, przy znacznie zmniejszającej się ilości dwoinek, możemy przejść stopniowo do środków, łączących w sobie działanie antyseptyczne z działaniem łagodnie ściągającem, lub też kombinować działanie ich ze środkami grupy poprzedniej. Do grupy tej zaliczamy: ammonium sulfo-ichthyolicum (1—2%), thallium sulfur. (1—3%), zincum sozojodolicum (1—2%), zincum hypermanganicum i wiele innych.

Dopiero doprowadzając do okresu, w którym dwoinki znikają zupełnie z pola widzenia, a liczba ciałek ropnych zmniejsza się bardzo znacznie, przyczem występują na plan pierwszy liczne nabłonki, przeważnie przejściowe, przy małej domieszce płaskich, a objawy kliniczne ograniczają się do wycieku treści śluzowej, mniej lub więcej skąpego, — możemy już przejść do grupy środków ściągających (adstringentia). W okresie tym mocz zwykle się już zupełnie wyjaśnia, a w miejscu poprzedniego jednostajnego zmętnienia pojawiać się zaczynają pojedyncze nitki.

Jeżeli zajmiemy się bliżej rozpatrzeniem tych nitek, możemy się przekonać, że jedne z nich, mianowicie zawierające mało śluzu, a wiele ciałek ropnych, rozpylają się bardzo łatwo przy najlżejszem zakłóceniu moczu, wywołując znów jednostajne jego zmętnienie i te to właśnie nitki odpowiadają jeszcze sprawie więcej świeżej, względnie ogniskom zapalnym jeszcze bardziej rozlanym. Inne zaś nitki, składające się przeważnie ze śluzu, z małą tylko domieszką ropy, zawierające natomiast wiele nabłonków, odpowiadające okresom późniejszym, nie rozpylają się jak poprzednie; wyławiane natomiast zapomocą drucika z moczu, skupiają się odrazu w kulki. W okresach późniejszych sprawy chorobowej przeważa druga kategorya nitek, jako zapowiedź blizkiego już wyleczenia. W pierwszej kategoryi nitek znajdujemy z reguły obok znacznej ilości ciałek wysiękowych zwykle sporą jeszcze w nich ilość dwoinek. W okresie tym zdarza się już coraz to częściej spotykać obok dwoinek Neisserowskich, wśródkomórkowo ułożonych, także liczne w stanie wolnym, t. j. poza ciałkami ropnemi, a prócz tych już i inne dwoinki, nie odbarwiające się metodą Grama, jakoteż i cały szereg innych drobnoustrojów.

Do środków czysto ściągających, których używamy w okresach końcowych należą: zincum sulfuricum (0·5—1%), zincum aceticum (0·5—1%), plumbum aceticum (1—2%), bismuthum subnitricum (2—4%), acidum tannicum w glicerynie (1—2%) i inne.

Przetwory srebrowe organiczne, używane jako swoiste w pierwszym okresie zapalenia wiewiórowego, zastąpiły obecnie w zupełności dawniej używany azotan srebra, którego unikamy w tych okresach, jako środka drażniącego, stosując go natomiast często w okresach późniejszych, szczególnie w przebiegu wiewióra przewlekłego. Azotan srebrowy nawet w rozczynach słabych działa w okresie ostrego zapalenia drażniąco, wytwarza na powierzchni powłokę białkanu srebrowego, pod którą wydzielina na czas jakiś się zatrzymuje, wywołując chwilowo złudzenie polepszenia, poczem następuje jednak silny odczyn zapalny, zależny od koncentracyi użytego rozczynu. Działanie połączeń organicznych jest o wiele głębsze i przebiega z reguły bez silniejszego odczynu, szczególniej jeżeli umiemy zastosować zgęszczenie rozczynu do nasilenia sprawy zapalnej w danym przypadku.

W każdym przypadku, w którym przystępujemy do stosowania wstrzykiwań, powinniśmy przestrzegać następujących, w praktyce bardzo ważnych wskazówek:

1) Wstrzykiwania powinny być stosowane zawsze po poprzedniem oddaniu moczu, przyczem dobrze jest poprzedzić właściwe wstrzyknięcie wstrzyknięciem rozczynu węglanu sodowego, aby usunąć powłokę śluzu, powlekającego błonę śluzową, względnie oczyścić należycie cewkę przed zamierzonem działaniem przepisanego środka.

2) Koncentracya danego rozczynu leczniczego powinna pozostawać w stosunku odwrotnym do nasilenia sprawy zapalnej; rozpoczynamy zatem leczenie rozczynami słabymi, podwyższając stężenie rozczynu w miarę polepszania się sprawy zapalnej.

3) Prócz koncentracyi rozczynów należy zmieniać kolejno i dosyć często środki lecznicze, stosowane jako wstrzykiwania, ponieważ oddziaływanie na jeden i tensam środek leczniczy staje się z czasem leniwe i powolne; uzyskujemy natomiast często po zmianie wstrzykiwanego środka szybko znakomitą poprawę. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przy stosowaniu ustawicznem jednego i tegosamego środka następuje pewne przyzwyczajenie się jadu do pewnego związku chemicznego i że wytwarzają się szczepy, odporne na pewien środek leczniczy (giftfeste Gonokokkenstämme), co tamuje dalszy postęp skutecznego leczenia. Zmieniamy przeto często środki nawet w ciągu jednego i tegosamego dnia, polecając n. p. wstrzykiwać rano i wieczór protargol, a w międzyczasie raz lub dwa razy argoninę lub albarginę i zyskując tą drogą często o wiele szybszy wynik leczniczy.

4) Wstrzykiwania powinny obejmować całą pojemność przedniej części cewki moczowej aż do zwieracza części błoniastej (m. compressor urethrae). Dzieje się to wtedy, jeżeli strzykawka używana przez chorego obejmuje przynajmniej 15 cm. sześc. płynu. Płyn wstrzyknięty

powinien wygładzić wszystkie fałdy błony śluzowej i działać na cały jej obszar; przy niedostatecznem wypełnieniu płyn nie dochodzi do końca części opuszkowej (bulbus), która staje się też ulubionem miejscem ognisk przewlekłego ropienia, wywołujących tamże nacieki w błonie podśluzowej, jako zaczątki przewlekłej sprawy zapalnej, wiodącej z czasem do wytwarzania się tkanki łącznej z wszystkiemi następstwami.

5) Wszelkie leczenie miejscowe powinno się wstrzymać natychmiast, skoro pojawi się jakiekolwiek, choćby najlżejsze powikłanie, n. p. zajęcie tkanki okołocewkowej, nie mówiąc już o przejściu sprawy na tylną część cewki moczowej, wymagającem zupełnej zmiany sposobu leczenia.

Leczenie miejscowe można kombinować dowolnie z podawaniem środków balsamicznych lub też środków odkażających (salol, diplosal, kwas będźwinowy i t p.) w miarę potrzeby i uznania lekarza.

Kontrolne badanie drobnowidowe wydzieliny, względnie coraz to skąpszych nitek, będzie dla nas najlepszą wskazówką, kiedy zakończyć leczenie. Leczenie miejscowe powinno trwać dopóty, aż nie powiedzie się nam usunąć w zupełności jadu, przyczem nie należy jedynie polegać na badaniu choćby najskąpszej wydzieliny lub nitek pływających w moczu, lecz należy się przekonać, i to kilkakrotnie, czy wydzielina, uzyskana drogą wygniatania i miesienia cewki po wprowadzeniu zgłębnika, zakończonego oliwką, a pochodząca z ujść gruczołowych (gland. Littrei, lacunae Morgagni), nie zawiera jednak dwoinek, co tak często daje się wykazać. Jeżeli sumienne badanie da i wtedy kilkakrotnie wynik ujemny, możemy uważać chorego za wyleczonego. O ile po usunięciu zupełnem dwoinek z pola widzenia trwa jednak jeszcze czas jakiś wydzielanie treści śluzowej z bardzo nieznaczną domieszką ciałek ropnych (blenorrhoea postgonorrhoica), polecamy stosowanie jeszcze środków ściągających przez pewien okres czasu, poczem zaprzestanie wstrzykiwań powinno się odbywać stopniowo.

Jeżeli lekarz stwierdzi napewno, że sprawa wiewiórowa przeszła na część tylną cewki i zajęła część błoniastą i krokową, musi zmienić natychmiast dotychczasowy sposób leczenia. Zajęcie części tylnej, które w przebiegu wiewióra, poraz pierwszy nabytego, rzadko następuje przed upływem drugiego tygodnia (pomijam wpływy szkodliwe, przyspieszające pogorszenie sprawy chorobowej), daje w okresie ostrym cały szereg tak charakterystycznych objawów, że rozpoznanie tego powikłania nie przedstawia z reguły najmniejszych trudności. Już samo zmniejszenie się ilości wydzielającej się ropy w okresie ostrym nasuwa często to przypuszczenie. W ślad za tem pojawia się z reguły parcie na mocz, tem silniejsze, im większe nasilenie sprawy zapalnej w tylnym odcinku cewki moczowej, objaw bardzo przykry, sprowadzający właśnie bardzo często w tym okresie chorego do lekarza. Parcie to pozostaje stale w odwrotnym stosunku do stopnia wypełnienia pęcherza moczem i połączone bywa z bólami, towarzyszącymi oddawaniu zwykle bardzo skąpej ilości moczu. Ostatnim kroplom moczu towarzyszy często przy silnym stanie zapalnym błony śluzowej, który przechodzi z części tylnej cewki także na dolny odcinek pęcherza (urethro-cystitis posterior), mniejsza lub większa domieszka krwi skutkiem pękania drobnych naczyń obrzmiałej błony śluzowej pod wpływem skurczu okalających mięśni (haematuria terminalis).

Jednym z objawów dominujących również w tym okresie choroby jest silne pobudzenie sfery płciowej, tłómaczące się łatwo sprawą zapalną silnie bardzo unerwionego obszaru błony śluzowej części krokowej dokoła wzgórka nasiennego (ciałka Pacciniego), stanowiącego niejako ośrodek obwodowy dla podniet, przenoszonych stąd do ośrodka erekcyjnego, względnie ejakulacyjnego w rdzeniu lędźwiowym. Pojawiają się zatem nader wówczas bolesne wzwody prącia i również często bolesne wytryski nasienia, nierzadko z domieszką krwi (haemospermia).

Należy zwrócić uwagę jeszcze na jeden objaw, towarzyszący nierzadko ostremu okresowi wiewióra części tylnej cewki, o tyle ważny, o ile bywa często przez lekarzy, mniej ze sprawą obeznanych, fałszywie tłómaczony, a spostrzegamy go u chorych, cierpiących na bardzo silne i przeciągłe parcie na mocz. W moczu należycie przesączonym wykazać się u nich dają nierzadko bardzo skąpe ilości białka. Te ślady białka odnoszą lekarze najczęściej do podrażnienia nerek podawanymi jednocześnie środkami balsamicznymi lub też mówi się wówczas o zajęciu sprawą swoistą dalszych dróg moczowych (gonorrhoea ascendens). Geneza tego skąpego białkomoczu jest jednak zgoła odmienna i pozostaje, jak to już Ultzmann, a później Finger stwierdzili, w najściślejszym związku z objawem silnego parcia na mocz, a zatem z nieustającym prawie skurczem układu mięśniowego części tylnej cewki i dolnego odcinka pęcherza, który wywołuje zaciśnięcie ujść moczowodów u podstawy trójkąta Lieutauda. Skutkiem tego wzrasta znacznie parcie w kanalikach moczowych i przewyższając znacznie prawidłowe parcie wydzielnicze nerki, wywołuje przechodzenie pewnej ilości białka. Autorowie, którzy wbrew temu przypuszczali, że chodzić tu może o białko, odpowiadające surowicy ropnej, ponieważ ilość białka odpowiada ilości ropy, nie mają słuszności, ponieważ badania wykazują, że u chorych, cierpiących na zajęcie ostrym wiewiórem samej tylko części przedniej, u których zatem objawu parcia nie ma, w moczu przesączonym śladów białka nie znajdujemy zupełnie. Dowodem »ad oculos«, że białkomocz ten pozostaje w związku z parciem i jest od niego zależny, jest to, że po zastosowaniu n p. ciepłych kąpieli nasiadowych, które tak znakomicie uśmierzają parcie, lub też po podaniu czopków belladonowych lub morfinowych, które wywierają tenżesam skutek, wszelki ślad białka ustępuje.

Skoro lekarz rozpozna zajęcie całej cewki moczowej ostrą sprawą wiewiórową, to bezzwłoczne zalecenie choremu zupełnego spokoju staje się pierwszym obowiązkiem lekarza. Chorego należy pozostawić w łóżku przynajmniej dopóty, aż miną najsilniejsze objawy ostrego zapalenia, o których powyżej była mowa. Polecamy lekką dyetę, a jeżeli już wśród zajęcia tylko części przedniej zakazujemy używać jakichkolwiek napojów wyskokowych, to obecnie kładziemy w tym kierunku jeszcze silniejszy nacisk. Już sam spokój i zimne okłady, stosowane na prącie i krocze, stanowią niewątpliwie połowę wskazań leczniczych w tym okresie. Niezbędnem jest też dbanie o codzienne wypróżnienie, aby zmniejszać przekrwienie obszarów, chorobą zajętych. Podobnie jak w wiewiórze części przedniej, podajemy i teraz środki balsamiczne, odnoszące zawsze w okresie ropnym bardzo dobry skutek. Mylnym jest zwyczaj (tak jednak częsty) podawania chorym w tym okresie choroby dużych ilości przeróżnych wód alkalicznych (Giesshübler, Vichy i. t. d.), wiodący najniepotrzebniej do zbytniej alkalizacyi moczu, co może tylko usposabiać do zajęcia pęcherza, a nie ma żadnego dodatniego skutku.

O ile objawy parcia na mocz już ustąpiły i chory może więcej moczu zatrzymać, próba dwu szklanek wypada wówczas zawsze dodatnio: pierwsze naczynie zawiera mocz mętny, drugie również, lecz zwykle w mniejszym nieco stopniu, co jest zupełnie zrozumiałe, jeżeli zważymy, że mocz w pierwszem naczyniu zawierać będzie wszystką ropę, spłukaną już przez pierwszy strumień moczu z całego obszaru cewki moczowej, w drugiem zaś naczyniu znajdować się będzie ropa z tylnego odcinka cewki, która przezwyciężywszy słaby opór gładkiego zwieracza pęcherza (m. sphincter vesicae internus) spłynęła na dno pęcherza i z ostatnią porcyą moczu opuszcza pęcherz. Nader ważne też jest badanie moczu rannego, — podczas dnia zdarza się często (szczególniej w okresach poźniejszych), że w drugiem naczyniu znajdujemy mocz prawie zupełnie już czysty —

w późniejszych już okresach wskazana jest zawsze przeto próba cewnikowa lub też zapomocą irygatora, przyczem irygator nie powinien być zawieszony wyżej niż na jeden metr nad poziomem ciała. Oddziaływanie moczu bywa z reguły słabo kwaśne lub obojętne.

Lekarze błądzą często, rozpoznając na podstawie dodatniej próby dwu szklanek zajęcie pęcherza sprawą wiewiórową, szczególnie jeżeli mocz w drugiem naczyniu jest również mętny lub czasem może nawet nieco mętniejszy, niż w pierwszem. Jestto wnioskowanie błędne. Pomijając względną rzadkość zajęcia całego pęcherza w sprawie wiewiórowej (przyczem sprawa polega z reguły na zakażeniu mieszanem, najczęściej gronkowcem i prątkiem okrężnicy, gdy natomiast, jak wiadomo, gonokoki jako takie nie wywołują rozkładu mocznika), upoważnieni jesteśmy do tego rozpoznania tylko po stwierdzeniu pewnego szeregu innych objawów. Próba Tompsona wykazuje wtedy w drugiem naczyniu stale o wiele większe zmętnienie, aniżeli w pierwszem, ponieważ druga część moczu będzie wówczas zawierać prócz ropy z tylnego odcinka cewki także wszystką ropę, którą produkuje błona śluzowa całego pęcherza, a próba 3 szklanek wykaże zawsze największą ilość ropy w naczyniu trzeciem. Oddziaływanie jest wówczas wyraźnie zasadowe, bóle bywają większe, przy równoczesnych objawach pewnej niedomogi pęcherza, a osad moczu, bardzo charakterystyczny, dopełnia rozpoznania.

Dopóki w przebiegu wiewióra całej cewki moczowej trwa okres ostrego zapalenia, powinien się lekarz wstrzymać od wszelkich zabiegów, mających na celu leczenie miejscowe, i to przynajmniej aż do ustania całego szeregu objawów, o których już była wyżej mowa. Wszelkie zabiegi miejscowe, wykonywane zwłaszcza narzędziami metalowemi, mogą prowadzić do całego szeregu powikłań, jak zapalenie najądrza, przejście sprawy na gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne i t. d. Ograniczając się wówczas tylko do wskazówek już wyżej podanych, podajemy w tym okresie chętnie oprócz przetworów balsamicznych także antyseptyczne (salol, urotropina, kwas salicylowy i t. d.), które odkażanie moczu mają przedewszystkiem na celu. Zwalczamy wówczas także objawy, dominujące w tym okresie, a zatem objawy parcia na mocz, objawy ze strony sfery płciowej i wreszcie t. zw. końcowe krwawienia. Stosujemy częste kąpiele nasiadowe ciepłe, podajemy czopki z dodatkiem środków narkotycznych, aspiryny, sole bromowe i t. p. Pobudliwość płciową uśmierzamy bardzo skutecznie stosowaniem zimnych okładów lub odpowiednimi przetworami, wprowadzanymi w postaci czopków (np. Rp. Camphorae monobrom 1,50 butyr. cacao q. s ut. f. suppositor. X). Nie należy zapominać, że krwawienia z końcem oddawania moczu, które mogą być w tym okresie nawet dosyć znaczne, ustępują bardzo często już po zastosowaniu zimnego okładu na krocze lub po zastosowaniu chłodnicy Arzbergera, a tylko w przypadkach bardzo uporczywego krwawienia musimy się uciekać do podawania środków przeciwkrwotocznych (np. Rp. Ergotini Bonjean 1,0 laudani 0,1 sacchari 2, div. in dos. X).

Dopiero po zupełnem ustąpieniu objawów powyższych możemy przystąpić do leczenia miejscowego, tj. do przepłukiwań całej cewki moczowej środkami, które omawialiśmy, mówiąc o leczeniu części przedniej. Zwykle zwalniamy już wtedy chorych od leżenia w łóżku, polecając naturalnie tylko wstrzymywanie się od każdego forsowniejszego ruchu, jazdy konnej, na rowerze i t. p. Noszenie suspensoryum w znaczeniu profilaktycznem uważać należy za zbyteczne.

Przepłukiwania muszą mieć na oku całą cewkę, t. j. aż do jej ujścia wewnętrznego. Doświadczenia i endoskopia pouczyły nas, że sprawa zapalna w przypadkach bardzo ostrych sięga zwykle poza część krokową (pars prostatica) cewki, zajmując także i dolny odcinek pęcherza, dając obraz tak zwanej »urethro-cystitis posterior«, a tylko w pewnym odsetku przypadków ogranicza się do końca części krokowej. Zbytecznem chyba byłoby wspominać, że leczenie zapalenia całej cewki zapomocą samych tylko wstrzykiwań zwykłą strzykawką jest bezcelowe i wiodąc do pozornego leczenia części przedniej, naraża chorych na przewlekanie się sprawy chorobowej do nieskończoności, oraz na dalsze poważniejsze już powikłania skutkiem zaniechania leczenia tylnej części cewki, sprawą chorobową dotkniętej.

Zgęszczenie rozczynów leczniczych, używanych do przepłukiwań całej cewki moczowej, p o w i n n o b y ć z r e g u ł y z n a c z n i e s ł a b s z e od rozczynów, używanych do wstrzykiwań w zapaleniu części przedniej, wrażliwość bowiem tylnego odcinka cewki przewyższa znacznie wrażliwość błony śluzowej części przedniej, a dotyczy to przedewszystkiem okresów ostrego i podostrego zapalenia (w zapaleniu przewlekłem cewki używamy rozczynów nawet bardzo wysokoprocentowych, ale tylko w postaci wkrapláń). Z tej samej przyczyny używamy do przepłukiwań całej cewki zwykle r o z c z y n ó w l e k k o o g r z a n y c h, s z c z e g ó l n i e, j e ż e l i z n a c z n i e j s z ą i l o ś ć p ł y n u z a m i e r z a m y p o z o s t a w i ć w p ę c h e r z u.

O ile wrażliwość cewki nie pozwala na przepłukiwanie częstsze, polecamy chorym wstrzykiwanie w międzyczasie analogicznych płynów leczniczych do przedniej części cewki, uzupełniając w ten sposób właściwe leczenie tym sposobem kombinowane. Częstość przepłukiwań normujemy zależnie od odczynu, jaki zwykł występować po każdorazowem przepłukaniu, badając systematycznie mocz chorego, i to przedewszystkiem poranny.

Z metod przepłukiwań cewki używamy najczęściej metody Didaya i metody Janeta. Pierwsza polega na wprowadzeniu cewnika gumowego lub elastycznego aż do pęcherza. Skoro część moczu odejdzie, wysuwamy powoli cewnik ku przodowi, aż mocz nie przestanie wypływać, czyli aż otwór cewnika nie znajdzie się tuż przed samym zwieraczem pęcherza (m. sphincter vesicae intern.), t. j. już w części krokowej cewki. Wtedy łączymy cewnik z dużą strzykawką i powolnym ruchem tłoka wpuszczamy płyn do cewki. Płyn, w tej pozycyi cewnika wstrzykiwany, przepłukuje dokładnie całą część tylną cewki, nie wypływa jednak obok cewnika na zewnątrz, lecz przedostaje się wszystek do pęcherza. Po chwili wysuwamy (ciągle jednak wypróżniając równocześnie strzykawkę) cewnik jeszcze bardziej ku przodowi dopóty, aż mocz nie zacznie wypływać obok cewnika na zewnątrz (następuje to z chwilą, kiedy oczko cewnika przekroczy zwieracz części błoniastej [m. compressor urethrae]) — i posuwając się ciągle ku przodowi, przepłukujemy w ten sposób następowo i całą przednią część cewki. Jestto metoda, każdemu lekarzowi dostępna i nie wymagająca żadnych większych zachodów.

Metoda Janeta polega na przepłukaniu — również całej cewki, w kierunku jednak od przodu ku tyłowi — zapomocą irygatora, wiszącego nad łóżkiem lub stołem do badania i zakończonego oliwką, którą przykładamy po oddaniu moczu do ujścia zewnętrznego cewki. Jedyna trudność polega na przezwyciężeniu skurczu zwieracza cewki, który przy używaniu płynów chłodnych może być nawet dosyć znaczny; odgrywa tu jednak rolę z jednej strony pewna wprawa ze strony lekarza, z drugiej zaś również pewne oswojenie się z całym zabiegiem ze strony chorego, który nauczy się wkrótce zwalniać napięcie zwieracza, aby przepuścić prąd płynu do pęcherza. Metoda ta, która w wielu przypadkach wywołuje dosyć silne podrażnienie i nie przez wszystkich chorych bywa równie dobrze znoszona, ma jednak kilka stron w y b i t n i e d o d a t n i c h, które należy podnieść. Wyklucza ona przedewszystkiem wprowadzanie do cewki narzędzi, co z wielu względów, szczególnie w pewnych niekorzystnych warunkach praktyki lekarskiej, nie jest obojętne. Drugą cechą bardzo wybitną tej metody jest wprowadzanie płynu leczniczego do cewki pod silnem parciem, które napina błonę śluzową całej cewki, dając gwarancyę, że cały obszar chorobowo zmienionej błony zetknie się w najmniejszych swoich fałdach z działającym

płynem, tą metodą stosowanym; również szybka wymiana przepuszczanego w dużej ilości działającego rozczynu odgrywa tu także rolę. Najczęściej przy tej metodzie używany bywa nadmanganian potasu, stosowany najczęściej aż do wywołania t. zw. odczynu surowiczego, w rozczynach od $^1/_4$—1—2 pro mille, zależnie od okresu i nasilenia sprawy zapalnej. W okresach późniejszych używać można do przepłukiwań również i narzędzi metalowych, np. cewnika irygacyjnego Ultzmanna i innych.

Nie odpowiada celowi zupełnie sposób, którym posługują się niejednokrotnie lekarze w leczeniu wiewióra, wprowadzając po całkowitem oddaniu moczu większą ilość rozczynu leczniczego cewnikiem wprost do pęcherza, polecając po chwili oddać całą zawartość pęcherza i uważając ten zabieg (remictio) za równorzędny z dokładnem przepłukaniem cewki od tyłu ku przodowi Sposób ten nie odpowiada celowi choćby dlatego, że płyn, wypuszczony z pęcherza, nie odpowiada bynajmniej swoim składem chemicznym rozczynowi, poprzednio do pęcherza wprowadzonemu. Gdyby bowiem nawet pęcherz przed wprowadzeniem płynu moczu zupełnie nie zawierał, to już tych chwil kilkadziesiąt wystarczy, aby rozczyn leczniczy został moczem, spływającym tymczasem z moczowodów, choćby częściowo rozłożony. Chory oddaje już płyn o niepewnym składzie, a przekonujemy się o tem często naocznie na rozczynach nadmanganianu potasowego, które opuszczają pęcherz bardzo szybko odbarwione.

Podobnie, jak w zapaleniu przedniej części cewki wszelkie powikłania są przeciwwskazaniem do leczenia miejscowego, taksamo wszelkie powikłania w przebiegu wiewióra tylnej części cewki moczowej, jak zajęcie najądrza lub gruczołu krokowego wykluczają bezwarunkowo wszelkie zabiegi miejscowe, szczególnie te, które połączone bywają z wprowadzaniem jakichkolwiek narzędzi do cewki. W każdym takim przypadku staramy się wpłynąć na jak najszybsze usunięcie powikłań, postępując wedle odpowiednich wskazań leczniczych, a dopiero po ustąpieniu tych powikłań przeprowadzamy dalsze leczenie miejscowe.

Rozumie się samo przez się, że i tutaj opierać musimy cały plan i sposób leczenia na systematycznej kontroli wydzieliny i badaniu moczu. Przeprowadzając systematyczne leczenie, dochodzimy do okresu, w którym wydzielina staje się już tak skąpa, że wycisnąć jej już nawet po upływie szeregu godzin po ostatniem oddawaniu moczu nie zdołamy, a skąpa jej ilość na błonie śluzowej wywołuje tak nieznaczne zmętnienie moczu, że tylko naczynie, w którem go badamy, wygląda zaledwie jak gdyby nieco spotniałe. O ile sprawa chorobowa ogranicza się już wówczas do pewnych tylko, ograniczonych obszarów błony śluzowej, przestaje zatem być sprawą »rozlaną«, to wydzielina przejawia się tylko w postaci mniej lub więcej długich nitek, pływających w moczu już zupełnie jasnym. O rodzajach tych nitek była już poprzednio mowa; nitki kruche i rozpylające się, a zawierające jeszcze sporo ciałek ropnych, są zawsze wyrazem sprawy jeszcze świeżej i bardziej rozlanej, nitki zaś śluzowe, zawierające więcej nabłonków, a mało ciałek wysiękowych, świadczą raczej o okresie późniejszym i zarazem już ograniczonym.

Przy zajęciu części tylnej przybywa do poprzednich kategoryi nitek często jeszcze nowa, przedstawiająca się w postaci drobnych przecinków, jako odlewów drobniutkich przewodów gruczołowych w części krokowej cewki (ductuli prostatici); obecność takich nitek świadczy o tem tak częstem w przebiegu wiewióra tylnej części cewki powikłaniu ze strony gruczołu krokowego, stając się równocześnie wskazaniem do odpowiednich zabiegów leczniczych. Ponieważ prawie w każdym przypadku dłużej trwającego wiewióra tylnej części cewki znajdujemy owe nitki przecinkowate, dostające się do moczu w czasie ostatnich skurczów pęcherza, mamy sposobność przekonać się, w jak znacznym odsetku przypadków gruczoł krokowy bierze jednak w schorzeniu wiewiórowem udział. We wszystkich tych przypadkach należy też po należytem przepłukaniu przedniej części cewki uzupełnić badanie drogą ucisku na gruczoł krokowy i uzyskaną tym sposobem wydzielinę poddać sumiennemu badaniu. W przypadkach dodatniego wyniku badania przyłącza się do przepłukiwań nowe, a zarazem bardzo ważne wskazanie lecznicze, polegające na systematycznem miesieniu (massage) gruczołu i równoczesnem kontrolowaniu wydzieliny. Towarzyszyć temu powinno również wygniatanie ukrytej wydzieliny z ujść gruczołowych i zatok (lacunae) całej części przedniej cewki zapomocą zgłębnika, zakończonego oliwką, względnie w okresach późniejszych na zgłębniku metalowym, o czem już wyżej wspominałem.

Leczenie temi metodami doprowadzamy w końcu do okresu, w którym w uzyskanej do badania wydzielinie, względnie w skąpych z moczu wyłowionych nitkach, nie znajdujemy już zupełnie dwoinek Neisserowskich, a minimalną tylko ilość ciałek ropnych.

W okresach tych, w których dwoinki znikają z pola widzenia, spotykamy natomiast zawsze liczną florę cewki, a przedewszystkiem oprócz przeróżnych bakteryi rozmaite dwoinki, mogące sprawiać wrażenie gonokoków, przeważnie jednak większe i nie odbarwiające się metodą Grama. (Barwienie tą metodą daje tylko około 95% pewności rozpoznawczej, ponieważ prócz gonokokow odbarwiają się jeszcze tą metodą dwa rodzaje dwoinek, t. j. t. zw. szarobiała i cytrynowa). Często bardzo spotykamy w końcowych okresach także tak zwane dwoinki olbrzymie (Kugelkokken), przewyższające wielkością dwoinki Neisserowskie niemal w dwójnasób.

Jeżeli systematyczne badanie wydzieliny, czy też nitek, daje stale wynik ujemny, należy jeszcze dla uzyskania pewności co do wyniku leczenia (sprawa pozwolenia na zawarcie małżeństwa, świadectw lekarskich i t. d.) zastosować tak zwaną metodę prowokacyjną, mającą na celu wywołanie ostrego względnie podostrego zapalenia błony śluzowej z następowem ropieniem, licząc na to, że mogące się jeszcze znajdować w głębszych warstwach nabłonka, lub też w ujściach gruczołowych dwoinki, teraz po wywołaniu ostrej sprawy zapalnej pojawić się mogą w ropie, którą poddajemy badaniu. W celach prowokacyjnych używamy wkraplań rozczynów sublimatu, sinianu rtęciowego, argentaminy, wreszcie azotanu srebrowego do rozmaitych odcinków cewki moczowej; można również w tym celu polecić wstrzykiwanie, jeżeli chodzi tylko o część przednią, n. p. argentaminy 0,5%. Po kilkakrotnem wstrzyknięciu danego płynu i po upływie 12—24-godzinnej przerwy badamy sporządzone z wydzieliny preparaty.

Sommer poleca w ostatnich czasach, jako zdaniem jego pewny środek prowokacyjny, wstrzykiwanie dożylne zabitych hodowli dwoinek (szczepionek), mianowicie artigonu Brucka po 0,1 na dawkę. Dawka ta wywołuje podniesienie ciepłoty i równocześnie odczyn miejscowy; jednorazowe podniesienie ciepłoty o 1,5° przemawia bardzo za niewygasłym jeszcze wiewiórem, podniesienie zaś o 2,5° i wystąpienie powrotnego podniesienia nazajutrz bez ponawiania wstrzyknięcia (t. zw. Doppelzacke) jest zdaniem Sommera zupełnie już pewnym dowodem niewygasłego jeszcze ogniska. Badania kontrolne tej metody nie dają jednak zgodnych wyników, tak, że o zupełnej pewności w tym kierunku nie może być jednak mowy; z drugiej znów strony praktyka okazała, że odczyn ten zawodził niejednokrotnie w obecności ognisk, klinicznie zupełnie pewnie stwierdzonych.

W przebiegu wiewióra nie leczonego należycie i przewlekającego się przez lata całe, następuje pogłębienie się sprawy zapalnej w obszarach z reguły ograniczonych w błonie podśluzowej i w gruczołach, wiodące do całego szeregu objawów, charakterystycznych dla tak zwanego wiewióra przewlekłego. W odcinku przednim cewki moczowej powstają z czasem nacieki mniej lub więcej głębokie, wiodące do powolnego zwężania się światła cewki, które jednak

w okresach wcześniejszych zdolne są jeszcze drogą odpowiednich zabiegów leczniczych do częściowej lub zgoła całkowitej regresyi (structura infiltrat. s. spuria), a które później kończą się rozrostem tkanki łącznej w miejscu poprzedzającego nacieku, wiodącym do zwężenia prawdziwego (strictura vera). Sprawa przewlekła, tocząca się w części krokowej cewki moczowej, wiedzie z czasem do całego szeregu zmian bardzo poważnych, wkraczających z jednej strony w sferę licznych zboczeń z zakresu czynności płciowych (impotentia coeundi et generandi), z drugiej zaś także do całego szeregu zaburzeń, znanych pod nazwą nerwic płciowych (neurasthenia sexualis).

Omawianie wszystkich tych powikłań, jako też i leczenia późniejszych okresów wiewióra przekraczałoby znacznie ramy niniejszego wykładu i zadanie, jakie sobie postawiłem.

Kończąc ten krótki wykład, obejmujący tylko najważniejsze wskazania lecznicze okresów wczesnych zakażenia, nie mogę jeszcze przemilczeć uwagi pod adresem tych lekarzy, których wymogi w kierunku efektu leczniczego w okresie powiewiórowym posuwają się zbyt daleko. Lekarze ci nie poprzestają na kilkakrotnym nawet wyniku korzystnym próby prowokacyjnej, lecz przedłużają leczenie następowe, uważając sprawę za niezupełnie jeszcze wyleczoną, dopóki pojawiają się wogóle w moczu niteczki, bez względu na skład tych nitek i wynik ich badania drobnowidowego. Stanowisko tych lekarzy jest mylne. Należy pamiętać o tem, że sprawa chorobowa, tocząca się w błonie śluzowej, wiedzie z biegiem czasu do transformacyi nabłonka wałeczkowatego w płaski wielowarstwowy (xerosis mucosae), ulegający ciągłemu złuszczaniu się. W złuszczaniu się tem, które wraz ze skąpą ilością śluzu znajduje swój wyraz kliniczny w nitkach, pojawiających się w moczu, a zawierających prócz licznych nabłonków już tylko bardzo nieliczne leukocyty, nie należy dopatrywać się objawu zakaźnej jeszcze sprawy chorobowej, a starania lecznicze, choćby najbardziej usilne, usunięcia tego »memento« przebytej sprawy zapalnej, muszą być niejednokrotnie uważane tylko za »pium desiderium«.

Kilka praktycznych uwag o wiewiórze u kobiet i u dziewczątek

napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Ilość przypadków wiewióra u kobiet wzmogła się w ostatnich czasach w kraju naszym w zastraszający sposób z przyczyn, których omawianie jest chyba zbytecznem. Przewidzieć można, że fakt ten pociągnie za sobą niepłodność u znacznego odsetka osób zamężnych, że z niemałej liczby zdrowych dotąd kobiet uczyni niezdolne do pracy kaleki, że powiększy ilość poronień u ciężarnych i ociemnień u noworodków, że wreszcie spowoduje endemie tej choroby u dzieci, zwłaszcza u dziewczątek. To wszystko razem wzięte zasługuje na miano społecznej i narodowej klęski i wzywa nas do walki z nią nietylko w imię obowiązku lekarskiego, ale i w imię poczucia obywatelskiej służby.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« wezwała mnie do napisania artykułu o wiewiórze u kobiet. Czyniąc zadość temu poleceniu, wiem, że nie powinienem i nie mogę dać tu wyczerpującego naukowego opisu tej choroby, ani też zapuszczać się w teoretyczne wywody, tylko że mam podnieść niektóre, ważniejsze szczegóły z zakresu dyagnostyki i leczenia, i to te szczegóły, które praktyczną mają doniosłość.

Zacząć jednak muszę od podziału całego obszernego tematu na pewne typy kliniczne z uwzględnieniem dwóch punktów widzenia 1) anatomicznego i 2) klinicznego.

Anatomicznie, t.j. co do siedziby, znamy dwa typy wiewióra. W jednym choroba ogranicza się do dolnych części narządu moczowo-płciowego i rozgrywa się poniżej ujścia wewnętrznego macicy (gonorrhoea inferior), w drugim przenosi się ona ponad to ujście i zajmuje nadto jamę trzonu, jajowody, jajniki i otrzewnę w sąsiedztwie tych narządów (gonorrhoea ascendens).

To jeden punkt widzenia. Drugi, kliniczny, polega na rozróżnianiu postaci ostrych od przewlekłych, przyczem zaznaczam, że dla uniknięcia rozdrobnienia tematu obejmuję wspólnem mianem formy ostre i podostre. Te dwa podziały stwarzają cztery kliniczne obrazy choroby 1) gonorrhoea inferior acuta s. recens, 2) gonorrhoea inferior chronica, 3) gonorrhoea ascendens acuta s. recens i 4) gonorrhoea ascendens chronica.

Podział anatomiczny na wiewióra dolnego i wstępującego ma niezmierną doniosłość, jako że dwa te typy cierpienia są wielce do siebie niepodobne.

Wiewiór, rozgrywający się poniżej ujścia wewnętrznego, jest chorobą przykrą i uporczywą, wywołuje niekiedy przemijającą niepłodność, przenosi się na zdrowych mężczyzn i jest dla oczu rodzącego się dziecka niebezpieczny, nie odbiera jednak kobiecie zdolności do pracy, nie skraca jej życia, a co ważne, jest uleczalny; natomiast wiewiór, przewędrowawszy ponad ujście wewnętrzne, wywołuje objawy groźne, sprowadza prawie zawsze stałą niepłodność, czyni kobietę niejednokrotnie kaleką i zwykle stanowi cierpienie nieomal nieuleczalne. W pierwszej postaci jest więc wiewiór chorobą lekką, w drugiej bardzo ciężką.

Zadaniem lekarza jest rozpoznać wcześnie wiewióra dolnych części i odpowiedniem postępowaniem uchronić kobietę, o ile to się da, od przeniesienia się choroby w górę. A nieszczęście to stać się może nawet po upływie miesięcy i lat od pierwotnego zakażenia.

I. Uwagi o rozpoznawaniu.

a) Wiewiór ostry dolnych części (gonorrhoea inferior recens). Zakażenie następuje w przeważnej liczbie przypadków »per coitum impurum«. Okres wylęgania się (inkubacya) trwa niezmiernie krótko, co jednak zależy do pewnego stopna od ilości zaszczepionych gonokokków. Jeśli mimo to utrzymuje się zapatrywanie, że choroba rozpoczyna się dopiero w tydzień po zakażeniu, to pochodzi to stąd, że objawy jej dojść muszą do pewnego natężenia, zanim je kobieta spostrzeże.

Pierwszemi znamionami choroby są: zapalenie błony śluzowej cewki moczowej (urethritis) i błony śluzowej szyjki (endometritis cervicalis). Dołącza się do nich niekiedy zajęcie przewodów gruczołów Bartholiniego.

Przedmiotowe objawy są zawsze bardzo wybitne, podmiotowe czasem jaskrawe, często jednak uderzająco małe. Badając chorą w pierwszych dniach po wystąpieniu choroby, spostrzegamy przy oglądaniu sromu u niektórych osób obrzęk warg mniejszych i strzępków błony dziewiczej przy rozlanem zaczerwienieniu przedsionka, u wielu innych jednak, zwłaszcza tych, które dbają o czystość, zadrażnienia tego niema wcale. Ilość ropy w przedsionku bywa rozmaita. Niekiedy bywa jej bardzo dużo, a wtenczas, o ile kobieta nie zmywa się ciągle, zasycha ta wydzielina w postaci strupków na wargach większych i na włosach.

Oczyściwszy srom z wydzieliny, spostrzegamy, że ropa sączy się z dwóch miejsc: z cewki moczowej i z pochwy. Ropienie z cewki stwierdzamy często dopiero po wyciśnięciu z niej wydzieliny palcem, wprowadzonym do pochwy. Z cewki wypływa wówczas lub zjawia się w jej ujściu

kropla gęstej żółtej ropy. Usunąwszy tę ropę, widzimy błonę śluzową cewki jaskrawo-czerwoną; wypukla się ona nieraz poza ujście.

Źródło ropnego wypływu z pochwy stwierdzamy po wprowadzeniu wziernika i oczyszczeniu pochwy z wydzieliny. We wszystkich nieomal przypadkach (u osób dorosłych) uderza nas, że pochwa przedstawia się zupełnie prawidłowo, że natomiast w ujściu zewnętrznem spostrzegamy krwawo-czerwoną plamę wypuklającej się błony śluzowej i ropę, sączącą się z tego ujścia. Dotknięcie palcem części pochwowej sprawia uczucie bólu; część pochwowa jest grubsza i pulchniejsza.

Dodatkowo możemy niekiedy znaleźć sprawę ropną w przewodach gruczołów przedsionkowych (Bartholiniego). Ucisnąwszy palcem ten gruczoł od strony pochwy, stwierdzamy, że z otworka, leżącego tuż przy nasadzie błony dziewiczej, wypływa ropa takasama, jak z cewki. Ale fakt ten nie jest bynajmniej regułą.

Badanie przedmiotowe uczy nas więc, że wiewiór nie wywołuje u kobiety zapalenia zakaźnego sromu i pochwy. Wielka ilość spływającej ropy może doprowadzić do zmacerowania pokrywy nabłonkowej i do chemicznego zadrażnienia, objawiającego się obrzękiem i zaczerwienieniem, ale nie mamy wówczas prawa mówić o wiewiórze pochwy lub sromu. Prawdziwy wiewiór tych miejsc u osób dorosłych należy do rzadkości.

Podmiotowy stan chorej może być w tym ostrym okresie cierpienia zupełnie dobry, zwłaszcza jeśli niema obrzęku warg i zadrażnienia sromu. Niektóre kobiety żalą się na objawy ze strony narządu moczowego; najczęściej słyszymy, że dokucza im palenie lub kłucie przy oddawaniu moczu, i to najwyraźniej w chwili, kiedy mocz zaczyna płynąć. Inne twierdzą, że muszą prędzej mocz oddawać; jeszcze inne żalą się na ból pod koniec oddawania moczu i na uczucie, jak gdyby ostatnia kropla była szczególnie gorąca. Ale są też i takie, które na nic się nie żalą, mimo niewątpliwego ropnego zapalenia cewki. Objawy podmiotowe mogą więc być u kobiety dziwnie znikome w porównaniu z rozległością cierpienia, stwierdzonego przedmiotowo. I oto pierwsza przyczyna pomyłek rozpoznawczych. Kto sądzi, że ostry, świeży wiewiór u kobiety musi przebiegać wśród dokuczliwych podmiotowych objawów, ten łatwo zbłądzi w rozpoznaniu.

Drugą przyczyną, dla której często popełnia się błędy, jest to, że się nie należycie szuka objawów przedmiotowych. Nieraz lekarz, słysząc o bolach przy oddawaniu moczu, każe chorej przed badaniem oddać mocz, i to w jednej porcyi, co jest z trzech względów błędem: 1) mocz ten spłukuje ropę z cewki, nie można jej przeto przy późniejszem badaniu znaleźć; 2) jeśli mocz w jednej porcyi oddany jest mętny, to nie wie się, czy zmącenie pochodzi z cewki, czy z pęcherza; 3) nie wie się nawet, czy ropa w moczu nie jest domieszką upławów pochwowych.

W każdym więc przypadku, w którym kobieta wspomina coś o upławach lub o bolu przy oddawaniu moczu, trzeba najpierw zbadać cewkę, macicę i przewody gruczołów przedsionkowych, a potem dopiero kazać oddać mocz, i to w dwóch porcyach. Jeśli się tej ostrożności nie zachowa, a mocz oddany przed przedmiotowem badaniem zawiera zmącenie ropne, wówczas rozpoznaje się błędnie »zapalenie pęcherza« (cystitis). Do tego banalnego rozpoznania ma się tem większą skłonność, nawet tam, gdzie są inne niedwuznaczne objawy wiewióra, ponieważ uporczywie utrzymuje się w kołach lekarskich mniemanie, że wiewiór wywołuje u kobiety zapalenie pęcherza. Tymczasem tak nie jest. Kto bada te przypadki cystoskopem, ten przekonać się może, że u kobiet nawet bardzo ostry wiewiór cewki nie zajmuje pęchęrza, wywołując co najwyżej zadrażnienie jego szyjki. Zmącenie w obu porcyach moczu nie dowodzi też zapalenia pęcherza. Każde zapalenie cewki kobiecej zajmuje ją na całej przestrzeni, przyczem ropa, wytworzona w pobliżu zwieracza pęcherza, może do pęcherza spłynąć.

Tak więc, chcąc uniknąć błędu, należy: 1) nie przywiązywać wagi do wywiadów; 2) badać chorą przed oddaniem moczu; 3) po usunięciu ropy z przedsionka wycisnąć wydzielinę z cewki i przewodów gruczołów Bartholiniego palcem, wprowadzonym do pochwy; 4) po łagodnem oburęcznem badaniu obejrzeć część pochwową we wzierniku, o ile zadrażnienie pochwy na to pozwala; 5) po badaniu przedmiotowem zażądać od chorej oddaniu moczu w dwóch porcyach.

Rozstrzyga, rzecz jasna, badanie drobnowidowe, które w każdym świeżym przypadku wykazuje wielkie ilości dwoinek Neisserowskich, szczególnie w ropie z cewki i z przewodów gruczołów przedsionkowych.

b) Przewlekły wiewiór dolnych części (gonorrhoea inferior chronica). Nawet nieleczony wiewiór cewki kobiecej znika w wielu przypadkach sam przez się. Ostre objawy, a w szczególności ból przy oddawaniu moczu oraz parcie, ustają po mniej więcej tygodniu lub dwóch, błona śluzowa blednie, ilość wydzieliny zmniejsza się, a potem wydzielina zmienia barwę, zrazu na szaro-żółtawą, potem na szarą; wreszcie staje się śluzową i powoli znika. W ten sam sposób wyleczyć się mogą przewody gruczołów przedsionkowych. Tak szczęśliwie nie przebiega nigdy wiewiór szyjki; przechodzi on stale w okres przewlekły, choć i tu ilość i jakość wydzieliny ulegają korzystnej zmianie, a objawy ostrego zapalnego stanu rychło mijają.

Stąd pochodzi, że jeśli badamy nawet nieleczoną kobietę w kilka miesięcy po zakażeniu, możemy nie znaleźć żadnych zmian w cewce i gruczołach przedsionkowych, natomiast zawsze stwierdzamy objawy nieżytu szyjki.

Samowyleczenie się cewki i przewodów gruczołów Bartholiniego nie jest jednak regułą i żadną miarą nie uprawnia nas do nihilizmu leczniczego. Często zdarza się, że wydzielina, zawierająca dwoinki, daje się wycisnąć z cewki i po miesiącach. Ten przewlekły stan w cewce bywa dwojakiego rodzaju: albo cewka przedstawia się mniej więcej prawidłowo, a tylko przez wydzielinę zdradza się jej choroba, albo też mamy przed sobą bijące w oczy zmiany anatomo-patologiczne. W tych ostatnich przypadkach ujście cewki jest szerokie i okrągłe (nie szczelinowate), przyczem wypukla się z niego obrzękła, choć mało, albo wcale nie zaczerwieniona błona śluzowa, palec zaś wprowadzony do pochwy, wyczuwa w miejscu cewki wałek grubości gęsiego pióra lub nawet grubszy i przy dotknięciu tkliwy. Mimo tak wybitnych zmian ilość wydzieliny może być właśnie w tych przypadkach bardzo małą lub nawet może jej wcale nie być. Natomiast przedmiotowe uczucie bólu przy oddawaniu moczu zwykło się w tych przypadkach utrzymywać. Dodać należy, że w niektórych, i to niezbyt rzadkich przypadkach wiewiór cewki przechodzi na gruczoły Skenego. W gruczołach tych wytworzyć się nawet mogą zbiorniki ropy, wypuklające się ku pochwie przez jej przednią ścianę. Uciśnięcie takiego wypuklenia od strony pochwy wywołuje (o ile przewód nie jest zatkany) wypływ ropy przez ujście cewki.

To samo, co powiedziałem o cewce, odnosi się »mutatis mutandis« i do przewodów gruczołów przedsionkowych. I w nich utrzymywać się może przez długi czas zakażenie, a że przewody te w przypadkach zapalenia często się zamykają, przeto i długi czas po zakażeniu dojść może do wytworzenia się ropnia tego przewodu.

Rozpoznanie przewlekłego wiewióra dolnych narządów jest znacznie trudniejsze, niż rozpoznanie świeżej sprawy. Tam, gdzie utrzymują się zmiany w cewce i przewodach gruczołów przedsionkowych obok przewlekłego nieżytu szyjki, błąd rozpoznawczy jest prawie wykluczony. Do tego stopnia charakterystyczne jest usadowienie się wiewióra w tych trzech miejscach. Naturalnie ten tylko tę »trias« lokalizacyi znajdzie, kto umiejętnie bada i szuka.

Dodaję wreszcie, że i tu rozstrzyga drobnowid; tylko nieraz długo szukać trzeba dwoinek, nim się je znajdzie. I jeszcze jedna uwaga. Na zaczerwienienie okolicy ujść przewodów Bartholiniego, które przypominać mają barwą, kształtem i rozległością plamy na skórze, powstałe po ukłuciu przez pchłę (macula gonorrhoica, der gonorrhoische Flohstich), nie kładłbym zbyt wielkiego nacisku. Nieraz nie widziałem ich tam, gdzie z przewodów dała się wycisnąć ropa wiewiórowa, natomiast spostrzegałam je u kobiet, które nigdy wiewióra nie miały.

Rzecz staje się trudniejszą tam, gdzie cewka i gruczoły przedsionkowe są zdrowe, a trwa tylko nieżyt szyjki. Pomagają wówczas nieco wywiady, mówiące o przebytem zapaleniu cewki, o wiewiórze u męża lub o ropnem zapaleniu oczu niedawno urodzonego dziecka, a rozwiązuje zagadkę wykazanie dwoinek pod drobnowidem, które w tych właśnie przypadkach może być bardzo żmudnem.

c) Ostry wiewiór w górnych narządach (gonorrhoea ascendens acuta). Nie mogę w ramach tego krótkiego wykładu wyczerpać opisu klinicznego obrazu tego cierpienia. Zaznaczę tylko, że polega ono na przeniesieniu się zakażenia na jamę macicy, jajowody, a czasem jajniki i otrzewnę. Teraz dopiero rozpoczyna się ciężka i groźna choroba, połączona z gorączką, silnymi bólami macicznymi i jajowodowymi (colica uterina et tubaria) a często i ograniczonem, acz burzliwie rozpoczynającem się zapaleniem otrzewnej. Teraz też dopiero zjawiają się objawy podmiotowe, których było tak dziwnie mało przy zajęciu odcinka dolnego.

Przejście wiewióra z dołu do góry może nastąpić zaraz po zakażeniu; gonokok nie respektuje poprostu baryery ujścia wewnętrznego, tylko nieprzerwanie posuwa się przez szyjkę do jamy macicy i wyżej. Kobieta zakażona ma już w tydzień lub dwa po zaszczepieniu dwoinek ciężkie zapalenie otrzewnej.

Często jednak dzieje się inaczej. Wiewiór przez pewien czas rozgrywa się w swojej typowej dolnej siedzibie. Widocznie na granicy szyjki i jamy różne być muszą warunki biologiczne dla dwoinek, gdyż żadną miarą nie możemy uważać ujścia wewnętrznego za baryerę mechaniczną. Nagle po miesiącach, a czasem i latach, wiewiór przenosi się w górę. Zaczyna się wtedy jakby nowa jakaś choroba, choć nowego zakażenia nie było. Do tego przewędrowania przyczyniają się pewne sprzyjające okoliczności. Mogą niemi być: 1) miesiączka, i to albo pierwsza po zakażeniu, albo jedna z późniejszych, 2) poronienie lub poród i 3) co najsmutniejsze, manipulacye lekarskie bezcelowe i nieostrożne, mające na celu badanie lub leczenie.

Przy miesiączce, porodzie i poronieniu drogą, po której dwoinki wstępują na nowe tereny działania, jest krew, najlepsza ich pożywka, przy rękoczynach lekarskich przeniesienie odbywa się poprostu mechanicznie. Co potem się dzieje, o tem mówi ginekologia w wielu rozdziałach. Któż zresztą z lekarzy nie widział tych nieszczęśliwych kobiet?

Jeśli zajęcie górnego odcinka następuje zaraz w początku choroby, wówczas rozpoznanie jest bardzo łatwe, gdyż opiera się na rozpoznaniu wiewióra cewki i szyjki toczącego się równocześnie. Bóle w podbrzuszu, napady kolki, podniesienia ciepłoty, objawy miejscowego zajęcia otrzewnej przy równoczesnem zapaleniu macicy (metritis) i nieżycie błony śluzowej (endometritis cervicalis) tłómaczą się bez trudu jako wiewiór wstępujący (gonorrhoea ascendens).

Bez wahania rozpoznajemy też to cierpienie u kobiet, które niedawno, n. p. przed paru tygodniami leczyliśmy na wiewióra w dolnym odcinku. Trudniejsze bywa rozpoznanie w połogu, po porodzie lub poronieniu. Sprawa przedstawia się wtenczas zupełnie jak gorączka połogowa, a późniejsze zajęcie otrzewnej można również w ten sam sposób tłómaczyć. Preparat drobnowidowy rozstrzyga wątpliwości, wykazując w przypadkach wiewióra wstępującego olbrzymią ilość dwoinek Neusserowskich prawie w czystej hodowli zamiast drobnoustrojów ropotwórczych, które w septycznej gorączce połogowej znajdują się zawsze w przewadze.

Najtrudniej dojść do prawdy w tych przypadkach, w których wiewióra szyjki, o którym się nie wiedziało, przeniesiono mechanicznie w górę przy badaniu n. p. zgłębnikiem lub nieopatrznem wewnątrzmacicznem leczeniu. Przypuszcza się wtenczas (i słusznie) ropne zakażenie macicy i jajowodów i o ile nie znajdzie się w wydzielinie dwoinek typowych, rozpoznanie pozostać może przez długi czas niepewnem.

Wogóle jednak zapalenia wiewiórowe mają pewne cechy kliniczne, które dla wprawnego ginekologa są znamienne. Zakażenie drobnoustrojami ropotwórczymi (paciorkowiec, gronkowiec) dają cięższy obraz kliniczny, a przedewszystkiem większe zatrucie ustroju toksynami. Zdradza się to szybkiem tętnem, zupełnym brakiem apetytu i upadkiem sił. W wiewiórowych nawet ciężkich zapaleniach np. przy wiewiórowem zapaleniu omacicznem (perimetritis gonorrhoica) ciepłota idzie wprawdzie wysoko do góry, ale tętno jest stosunkowo wolne, apetyt nienajgorszy i ogólny stan mało niepokojący. Uderzają przytem nagłe, krytyczne spadki ciepłoty do poziomu prawidłowego, nie usprawiedliwione odpływem ropy. Paciorkowcowe zapalenie omaciczne (perimetritis streptococcica) i takież cierpienie na tle zakażenia wiewiórowego mogą trwać jednakowo długo, np. sześć tygodni. Ale w przypadkach zakażenia ropnego stwierdzamy nieprzerwalność objawów chorobowych; pacyentka jest ciągle, przez całe 42 dni chorą, gorączkuje raz więcej, drugi raz mniej, ale przez cały ten czas niema dnia, w którymby była zdrową. Zupełnie inaczej w przypadkach wiewióra; ropa, wypłynąwszy na otrzewnę, wywołuje objawy zapalenia z gorączką i niemałymi bólami, ale to zapalenie już nazajutrz albo za kilka dni jest skończone. Tymczasem z jajowodu wypływa nowa porcya ropy na nowe miejsce otrzewnej i nanowo wywołuje objawy zapalne, znowu krótkotrwałe. Takich napadów zapalnych, idących po sobie zrazu w bardzo krótkich, potem w dłuższych odstępach czasu, może być wiele i jeśli cała sprawa trwa n. p. sześć tygodni, to w tym czasie rozegrało się nie jedno zapalenie otrzewnej miednicznej, tylko cały szereg krótkotrwałych, acz burzliwych zapaleń, przedzielonych od siebie zupełnym brakiem gorączki i poczuciem zdrowia. W tej zmienności obrazu chorobowego, w tych krytycznych spadkach ciepłoty i w tych nawrotach jest coś wybitnie dla wiewióra charakterystycznego.

d) Przewlekłe ropne sprawy wiewiórowe w górnym odcinku (pyosalpinx, pyovarium gonorrhoicum itd.). Sprawę tę pomijam z umysłu. Opis tych chorób, ściśle ginekologicznych, nie odpowiadałby celowi tego artykułu.

II. Leczenie.

Pierwsza myśl z chwilą rozpoznania sprawy w dolnym odcinku powinna być poświęcona zapobieganiu przeniesieniu się sprawy w górę. Do czynników, ułatwiających tę zgubną wędrówkę dwoinek ku jajowodom, należy nie na czasie zastosowane lub niewłaściwie przeprowadzone leczenie. Pamiętać trzeba o tem, że sprawa dobrze leczona przenosi się stosunkowo rzadko (tylko do 25%) w górę. Chęć zwalczenia choroby lekkiej nie powinna stać się przyczyną choroby ciężkiej.

I tu potrzebny jest w wykładzie podział.

a) Ostre, świeże zakażenie dolnych części. Chora leżeć musi w łóżku. Zaniechać należy wszelkich manipulacyi, mogących ułatwić przejście zakażenia na trzon, a do nich należy bezwątpienia każde dotykanie macicy, która łatwo popada w skurcze i może wśród rozkurczu wciągnąć w głąb wydzielinę szyjki. Nie wolno przeto badać przez pochwę i wprowadzać wziernika. Chora unikać też musi wszelkich podnieceń płciowych.

Dbać natomiast należy o czystość zewnętrznych części płciowych, ażeby nie dopuścić do zadrażnienia sromu. Trzeba więc kilka razy dziennie obmywać srom letnią przegotowaną wodą, rozczynem lapisu (1 : 4000) lub sublimatu (1 : 5000).

W tych wyjątkowych przypadkach, w których i pochwa jest silnie zapalnie zajęta, można bardzo nizkim prądem przy użyciu cewnika Nélatona przepłukiwać pochwę tymiż rozczynami. Ale lepiej i tego uniknąć.

Leczenie miejscowe cewki jest w pierwszych dniach po zakażeniu niepotrzebne, a dla chorej przykre. Przepisać należy dyetę niedrażniącą, podobnie, jak przy nieżycie pęcherza. polecić chorej picie większej ilości płynów i zażywanie leków, jak gonosan, santyl, balsam kopaiwowy itp. Jeżeli chorej dokucza parcie na mocz, zastosować trzeba czopki uśmierzające (extr. belladonnae 0·015 i kodein 0·03). Przed założeniem czopka trzeba jednak obmyć okolicę otworu stolcowego, ażeby wiewióra nie przeszczepić na odbytnicę. Korzystnie też działają nieraz kąpiele nasiadowe ciepłe.

Przez cały czas należy mierzyć ciepłotę. Chora poleży w łóżku tydzień do dwóch. Leczenie miejscowe cewki zacząć trzeba po ustaniu objawów ostrych. Co do tego terminu różne panują przekonania; niektórzy przystępują do tego leczenia już pod koniec pierwszego tygodnia, inni czekają dwa do trzech tygodni. Osobiście wolę czekać dłużej, nie liczę jednak nigdy na dobrowolne wygaśnięcie zakażenia. Używa się wstrzykiwań do cewki, wycierania cewki watą nawiniętą na pręcik i napojoną lekiem, oraz zakładania t. zw. pręcików (bacilli urethrales). W ostrych przypadkach używam tylko wstrzykiwań zapomocą strzykawki, zakończonej miękką gumową nasadką. Najlepiej działają jako leki przetwory srebrowe organiczne, jak protargol, argonina, albargina itp. w rosnących zgęszczeniach. Cewka kobieca znosi silniejsze rozczyny tych leków, niż cewka męska, to też używa się protargolu od 1%—3%, argoniny 1%—2%, albarginy 0·50—1·50%, wszystko w ilości 3—4 cm. Wstrzykiwać należy zrazu codzień, potem rzadziej. Kiedy wydzielina staje się więcej śluzową, doskonałe usługi oddaje ichtyol 1% — 4%. Rzadko zachodzi potrzeba używania środków czysto ściągających jak siarczanu cynkowego (zinc. sulfuricum) itd. Wynik leczenia kontroluje się naturalnie badaniem drobnowidowem wydzieliny. Po kilku tygodniach wstrzykiwań powraca zwykle cewka do stanu prawidłowego.

Gorzej jest z wiewiórem szyjki. I tu, a nawet szczególnie tu uważam za konieczne przestrzedz przed przedwczesnem leczeniem. Przez szereg tygodni trzeba rzecz zostawić naturze i czekać na zupełne wygaśnięcie ostrych objawów. Co najwyżej można usuwać wydzielinę zapomocą bardzo ostrożnych przestrzykiwań pochwy letnimi rozczynami środków odkażających, jak sublimat (1 : 5000), nadmanganian potasu (kali hypermanganicum 1 : 3000), azotan srebrowy (1 : 2000). Nawet zakładanie gałek lub tamponów uważam za niepotrzebne i niebezpieczne drażnienie macicy. Wynika z tego, że leczenie świeżego wiewióra szyi jest czysto wyczekujące; do tego stopnia dominuje ponad wszystkiem obawa, że sprawa zakaźna przekroczyć może przy drażnieniu szyjki granicę ujścia wewnętrznego.

Tak samo bezczynne jest leczenie zakażenia przewodów gruczołów przedsionkowych. Obmywanie i kąpiele nasiadowe, oto, co w tym okresie robić można. Ropień, wytworzony w przewodzie przez jego zatkanie się, należy naciąć, a dno leczyć mocnymi rozczynami lapisu lub środków srebrowych organicznych.

b) Wiewiór przewlekły w dolnym odcinku.

Postać tę widujemy, jak wspomniałem, nie często w cewce. Jeśli utrzymuje się w kilka miesięcy po zakażeniu wydzielina, zawierająca dwoinki, ale cewka nie okazuje zgrubienia, wystarczy stosować wstrzykiwania podobnie, jak w przypadkach świeżych i zakładać nadto do cewki pręciki kakaowe lub z tragakanty.

(Stöckel przepisuje: Rp. Jodoformii desodorati 1,00, cocaini muriatic. 0,2, butyri cacao qu. s. ut. f. bac. ureth. No X. crassit. 0·5—1 ctm., longit 3—4 ctm. — Przepis Amanna: Rp. Protargoli 2,00, glycerini 2,00, aquae d. 2,00, acidi borici 13,5, tragacanth. 0·75 f. bacilli X. — W pręcikach Stöckela zastąpić można jodoform przez ichtyol). Do pręcików zapisuje się zwykle inne leki, niż do wstrzykiwań; jeśli n. p. przestrzykuje się cewkę protargolem, w pręciku zastosować należy ichtyol itd.

W przypadkach, w których zmiany anatomiczne, jak obrzęk błony śluzowej i zgrubienie cewki, są wyraźne, leczenie to zwykle nie wystarcza. Trzeba wówczas stosować energiczniej działające leki (azotan srebrowy w silnych rozczynach) przez uretroskop, szczególnie na miejsca, okazujące większe zmiany.

Jeżeli zakażenie utrzymuje się przez szereg miesięcy w gruczole przedsionkowym, względnie w jego przewodzie, to mała jest nadzieja, żeby można je było usunąć lekami. Postępując za radą Bumma, wycinam takie gruczoły razem z przewodem, usuwając w ten sposób doszczętnie źródło, z którego zakażenie grozi ciągle cewce, szyjce i... mężczyźnie.

Wiewióra szyjki: zaczynamy leczyć późno, tj. wtenczas, kiedy stracił wszelkie cechy sprawy ostrej. Nawet w tak późnym okresie (tj. w 2—3 miesięcy po zakażeniu) zachować musimy wszelkie ostrożności, ażeby dwoinek nie przenieść do zdrowej jamy macicznej. Pole, na którem ma się rozpocząć leczenie, należy przedewszystkiem uprzystępnić; to też słusznie radzi Bumm rozciąć ujście zewnętrzne u kobiet, które nie rodziły. Na błonę śluzową szyjki i na nadżerkę (erozyę), zajmującą często okolicę ujścia zewnętrznego, należy stosować leki zapomocą pręcika, owiniętego watą. Bezpośrednio przed zastosowaniem tego leku usunąć trzeba śluz, do czego nadaje się rozczyn sody (5%). Po wysuszeniu błony śluzowej szyjki wprowadza się na nią środki srebrowe organiczne, jak protargol 1—4%, argentaminę 1—2% itp. albo lapis (1—5%), albo wreszcie ichtyol (5—15%). Podobnie, jak przy przestrzykiwaniach cewki, dobrze jest często leki zmieniać. Można też kombinować leczenie środkami srebrowymi i ichtyolem, i to w ten sposób, że po zapędzlowaniu szyjki jednym z leków srebrowych wprowadza się do szyjki na dobę strzępek gazy, napojony 10% ichtyolem. Dodam, że środki działające w nieżytach ropnych doskonale, jak np. chlorek cynku, nie są tu wskazane.

Pędzlowań szyjki nie należy stosować zbyt często (z początku co 2, potem co 3—4 dni); trzeba ich zaniechać zupełnie w okresie przedmiesiączkowym. Jeśli użyto środka, po którym wytwarza się strup np. azotanu srebrowego w bardzo silnym rozczynie lub »in substantia« należy czekać, aż strup ten oddzieli się (8—10 dni).

Naturalnie od czasu do czasu szukać należy w wydzielinie gonokoków. Leczenie trwać zwykło długo, ale wyniki jego są dobre, o ile chora lub lekarz nie stracą przedwcześnie cierpliwości.

c) Ostry wiewiór wstępujący (gonorrhoea ascendens).

Leczenie ostrego wstępującego wiewióra właściwie nie istnieje. Chora leży w łóżku ile możności bez ruchu z okładem na brzuchu. Dyetę stosuje się ścisłą i przepisuje się czopki ze środkami narkotycznymi. Wszelkie przestrzykiwania pochwy, tampony itp. czynne zabiegi są w najwyższym stopniu przeciwwskazane. Im mniej się robi, tem prędzej ostry napad przechodzi. Ale i po jego przejściu, mimo, że chora czuje się dobrze, należy ostrożność tę zachować przez czas dłuższy, gdyż skłonność do nawrotów jest tu bardzo duża. I tak zresztą nie zdołamy im zapobiedz, gdyż nie możemy unieruchomić czynnościowo chorych narządów. Każda fala miesiączkowa wywołuje niepokój, a owulacya stwarza nadto ranę w jajniku, przez którą dwoinki wtargnąć mogą w głąb tego narządu (abscessus gonorrh. corporis lutei).

d) Przewlekłe sprawy wiewiórowe w przydatkach macicznych i w jamie macicy.

O leczeniu ich nie mogę się tu rozpisywać, gdyż musiałbym mówić o miesieniu ginekolegicznem, o termoterapii i mechanoterapii, o działaniu wód i kąpieli leczniczych i o metodach operacyjnych. Na jedno wszelako chcę położyć nacisk; do czynnego leczenia tych spraw nie trzeba się kwapić, gdyż w tych przypadkach istotnie i zasadniczo pomódz bardzo trudno, ale niezmiernie łatwo zaszkodzić, i to gruntownie. Ileż to kobiet pokutuje tygodniami w łóżku wskutek tego, że zaczęto u nich leczenie za wcześnie i przeprowadzano je za energicznie.

Kończąc te krótkie uwagi o rozpoznawaniu i leczeniu wiewióra u kobiet, podkreślić pragnę jako ważne następujące punkta:

1) Rozpoznanie tej choroby jest u kobiet znacznie trudniejsze, niż u mężczyzn, raz dlatego, że wiewiór dolnej części (gonorrhoea inferior) często przebiega bez podmiotowych objawów, a powtóre z tej przyczyny, że i przedmiotowe objawy, a przedewszystkiem upławy, tłómaczyć zwykła kobieta, a czasem i lekarz, inaczej.

2) Odpowiedzialność lekarza jest tu ogromna, gdyż złe rozpoznanie i niewłaściwe leczenie przyczynić się mogą do przeniesienia się zakażenia na górny odcinek narządów płciowych. Choroba lekka i uleczalna zamienia się wtedy na ciężką i nieomal nieuleczalną, a kwitnąca młoda kobieta staje się kaleką, niepłodną i do pracy niezdolną.

3) Największym błędem w leczeniu wiewióra u kobiety jest zbytnia pohopność do przewczesnego działania i do zbyt czynnego leczenia. Tymczasem niema tu »periculum in mora«; raczej pamiętać trzeba o haśle »primum non nocere«.

4) Siła lecznicza przyrody wywiera bardzo korzystny wpływ na wiewióra cewki, a poniekąd i szyjki.

5) Lecząc kobietę zakażoną przez męża, trzeba dbać o to, żeby i mąż się leczył; inaczej chora padać będzie ciągle ofiarą reinfekcyi.

* * *

A teraz dodatkowo słów parę o wiewiórze u dziewczątek.

Czasy, w których żyjemy, zwiększą niewątpliwie ilość przypadków tego nierzadkiego zresztą cierpienia, o którem tak mało się wie, może dlatego, że się niem zajmują aż trzy działy medycyny: pedyatrya, ginekologia i nauka o chorobach wenerycznych.

Choroba ta występuje często endemicznie w rodzinach, a czasem w pensyonatach żeńskich lub szpitalach. Zjawić się może nawet u noworodków; najczęściej jednak leczymy dziewczynki między 4 a 12 rokiem życia.

Choroba ma przebieg i lokalizacyę typową. Zaczyna się okresem ostrym, w którym zapalenie z ogromną produkcyą ropy zajmuje cewkę, srom i pochwę. Wargi sromowe takich dzieci są obrzękłe i zaczerwienione, pokryte tu i ówdzie strupami zaschniętej wydzieliny, która też zlepiać może ze sobą wargi większe. Po ich rozwarciu widzimy wargi mniejsze i przedsionek silnie zaczerwienione. Tu i ówdzie spostrzedz można płytkie ubytki nabłonka, pokryte ropą. Skóra aż w pobliże fałdu udowo-sromowego przedstawia często obraz wyprzania (intertrigo). Z pochwy sączy się zielonawo-żółta ropa. Ten stan ostry, któremu towarzyszyć może obrzęk gruczołów pachwinowych i podniesienie ciepłoty, przechodzi rychło w okres przewlekły, który, nawet leczony, ciągnąć się może przez lata. Ropne upławy trwają, acz skąpsze, niż poprzednio; wywołują one świąd w sromie, a przez to i drapanie, które ze swojej strony podtrzymuje zadrażnienie skóry na wargach i nauczyć może dziecko masturbacyi. Od czasu do czasu sprawa zwykła się zaostrzać.

Wiewiór dzieci różni się od takiejże sprawy u dorosłej kobiety przedewszystkiem usadowieniem. Główną siedzibą wiewióra dziewczątek jest pochwa i srom, a więc miejsca, które u dorosłych z reguły wolne są od zmian chorobowych swoistych. Brak jędrnego, opornego wielowarstwowego nabłonka u dzieci wywołuje zapewne tę uderzającą różnicę. Szyjka maciczna, jakby wynikało ze spostrzeżeń Junga, zwykle jest zdrową, a wstępowanie wiewióra przez trzon do jajowodów należy do bardzo wyjątkowych zdarzeń, podobnie, jak i ropień w gruczole Bartholiniego.

Różnice usadowienia są więc uderzające i trudne do wytłómaczenia. Pojmujemy wprawdzie, dlaczego nabłonek pochwowy nie może obronić się u dziecka od inwazyi bakteryjnej, ale nie rozumiemy, dlaczego jeszcze od niego delikatniejsze nabłonki szyjki i przewodu gruczołu przedsionkowego wychodzą z tej choroby cało.

Wiewiór dziewczątek jest niezmiernie uporczywem cierpieniem; nierzadko mimo kilka lat trwającego leczenia powraca bez końca. Wreszcie tracimy z oczu dorastającą panienkę i dowiadujemy się od rodziców, że upławy ustały, mimo, że nie leczono dalej. Wszystko przemawia za tem, że z chwilą rozwoju płciowego i rozpoczęcia miesiączki choroba ustaje. Gdyby tak nie było, panny, wychodzące za mąż, mogłyby być dla swoich mężów niebezpieczne. Tymczasem nie słyszymy o takich zakażeniach i mężczyźni zachowują dotąd w całej pełni wyłączny przywilej zakażania żon swoich wiewiórem.

Co odgrywać może rolę leczniczą w okresie rozwoju płciowego?

Może wzmożenie się sił życiowych narządów, wstępujących w okres czynności, może zjędrnienie nabłonków, może wreszcie powołanie do życia ochronnego aparatu biologicznego, tego miejscowego zakładu dezynfekcyjnego kobiecych narządów płciowych. Jasną rzecz ta jednak nie jest.

Rozpoznanie wiewióra dziewczątek jest bardzo łatwe, gdyż objawy są jaskrawe, a inne choroby, któreby u dzieci takie upławy wywoływały, należą do rzadkości. Ściśle rozpoznaje się rzecz dopiero pod drobnowidem.

Leczenie. W ostrych przypadkach musi dziecko leżeć w łóżku, przyczem dbać należy o częste zmywanie zewnętrznych części płciowych i ochronę skóry (żółta wazelina). Przy obrzęku warg sromowych zastosować można okłady z poczwórnie rozcieńczonego płynu Burowa (alum. acet). W przypadkach przewlekłych trzeba główną uwagę zwrócić na pochwę, w której najuporczywiej trwać zwykło zakażenie. I tu najlepiej działają środki organiczne srebrowe w rosnących zgęszczeniach naprzemian z ichtyolem. Także azotan srebrowy 1:5 na 1000 dobre daje wyniki, podobnie jak nadmanganian potasu 0·05%. Do tych przestrzykiwań użyć należy przegotowanego cewnika Nélatona, przystosowanego kalibrem do otworu w błonie dziewiczej. Płyn powinien być letni i wpływać do pochwy pod niskiem ciśnieniem.

W ostatnich czasach stosowano w szczególnie uporczywych przypadkach szczepionki wiewiórowe (arthigon Brucka) i osiągano nimi niekiedy dobre wyniki. Odczyn po wstrzyknięciu tego przetworu może być jednak silny.

A teraz końcowa praktyczna uwaga. Wykazanie wiewióra u dziecka nie dowodzi bynajmniej zgwałcenia lub shańbienia. Zapewne i »stuprum« może to zakażenie spowodować, ale w przeważnej ilości przypadków przenosi się ono palcami, bielizną lub przez używanie zanieczyszczonego ropą wiewiórową nocnego naczynia lub wychodka.

Jest rzeczą lekarza, leczącego wiewióra u kobiety, pouczyć ją o tem, że choroba przenieść się może na dziecko, zwłaszcza, jeśli śpi z matką w łóżku. W obecnych czasach, w których ilość zakażeń u kobiet tak wielce się wzmogła, te zapobiegawcze polecenia, dyktowane troską o dobro dziecka, są niezbędne.

Krótki zarys współczesnego leczenia kiły

napisał

Prof. Dr. F. Krzyształowicz.

Ze wszystkich chorób zakaźnych, na których zwalczanie higiena w czasach wojny musi wytężać swe siły, najważniejsze znaczenie mają dziś choroby płciowe, a w szczególności kiła. Nie potrzeba bliżej objaśniać nawet większości laików, że schorzenie to, samo przez się ciężkie dla chorego w swym przebiegu i groźnych następstwach, jest tak bardzo zaraźliwe dla otoczenia, a co więcej, zagrażające potomstwu. Choroby płciowe rozszerzały się zawsze w czasach wojennych w zastraszający sposób, w wojnie obecnej grozi to jeszcze więcej. Gdy w czasach pokojowych choroby te zwiększały się ilościowo głównie po miastach, to dziś w czasie tej wielkiej zawieruchy wojennej widzi się coraz więcej ognisk po kraju, które doprowadzają do rozwlekania się tych chorób w zatrważający sposób, zagrażając już nie jednostkom, ale ogółowi i przyszłości następnych pokoleń.

W sprawie kiły zaznaczyć należy od lat kilkunastu znaczny postęp nauki, tak w kierunku rozpoznawczym przez odkrycie zarazka, krętka bladego (treponema pallidum), jak i w kierunku leczniczym przez podanie przez Ehrlicha nowego przetworu, t. j. salwarsanu. Wreszcie i odczyn Wassermanna wyjaśnił niektóre kwestye odporności, jakoteż daje czasem wskazówki wśród leczenia kiły. Te postępy właśnie, które datują się od niedawna, pragnę przedstawić w tym szkicu, który w obecnych czasach zdaje się być bardzo na czasie głównie ze względu na to, że i lekarze-praktycy, którzy dawniej mogli nie mieć do czynienia z kiłą prawie zupełnie, a dziś widzą ją prawdopodobnie często i muszą zajmować się jej leczeniem, przyjmą, jak sądzę, chętnie tego rodzaju przypomnienie, a może znajdą i coś nowego, co dziś da się w leczeniu zastosować i na prowincyi.

Kiedy dawniej pisało się zawsze o dwóch lekach wybitnie przeciwkiłowych, t. j. rtęci i jodzie, — dziś mówimy o trzecim, t. j. salwarsanie.

Rtęć uważano od dawnych czasów za środek swoiście w kile działający i opinia ta wcale się nie zmieniła. Salwarsan nietylko nie wyrugował rtęci z naszego skarbca leczniczego, ale raczej umocnił, bo nadzieje pokładane początkowo w działaniach salwarsanu — »sterilisatio magna« wedle pierwotnego zdania Ehrlicha — nie spełniły się w zupełności. Nie wynika wcale z tego, żebyśmy działania salwarsanu nie doceniali lub wyniki osiągane lekceważyli, owszem uznajemy zalety jego działania silnego, ale krótkiego, tak że o ile do tego przetworu jedynie ograniczać się nie możemy, stosujemy go bardzo chętnie i dziś już zupełnie powszechnie obok rtęci, która ma działanie powolniejsze, ale znacznie trwalsze. Dziś zatem postępujemy z reguły w ten sposób, że zaraz z początku po stwierdzeniu nacieku pierwotnego (krętki blade!) stosujemy rtęć jedną ze znanych metod, a wśród tego dodajemy wstrzykiwania salwarsanu. Działamy zatem rtęcią na zakażenie krętkami, które już w chwili pojawienia się nacieku pierwotnego uważamy nietylko za miejscowe, ale ogólne, — a wstrzykiwaniem salwarsanu usuwamy wykwity szybciej, niż rtęcią, co u chorych ze zmianami w skórze i błonach śluzowych, szczególnie jamy ust, ma wielkie znaczenie ze względu na wielką zaraźliwość takich przypadków. Użycie samego salwarsanu bez stosowania rtęci dziś powszechnie zarzucono, gdyż, chociaż przetwór ten wykwity szybciej usuwa, niż rtęć, nawroty jednak są najczęściej wcześniejsze i częstsze, a czasami i cięższe (t. zw. neurorecydywy), niż przy stosowaniu metody mieszanej — salwarsanu i rtęci. Leczenie tą metodą mieszaną zapobiega w niektórych przypadkach całkowicie pojawieniu się nawrotów.

Brak wyraźnych nawrotów, a nawet ujemny odczyn Wassermanna po pierwszem leczeniu, nie uzasadnia zaniechania leczenia następowego. Bez względu na niepojawianie się jakichkolwiek zmian powinniśmy zastosować po upływie najwyżej 6 miesięcy drugie leczenie, przynajmniej rtęciowe, i w takiej samej mniej więcej ilości, jak pierwsze. Po upływie kilku miesięcy (6—8) podajemy zazwyczaj znowu rtęć obok salwarsanu, tak że chory w pierwszych kilkunastu miesiącach od czasu zakażenia powinien się poddać trzykrotnemu leczeniu. Następowe leczenie, jego jakość i ilość zależy od ogólnego stanu chorego, od pojawienia się nawrotów, od jakości odczynu Wassermanna i różnych innych osobniczych warunków chorego. Rozumie się samo przez się, że wystąpienie nawrotu w jakiejkolwiek postaci między wspomnianymi okresami leczenia, zmusza nas do wkroczenia przed przepisanym schematycznie czasem. Przytem kierować się musimy tą zasadą, że w razie pojawienia się zmian we wcześniejszym terminie, niż to mogliśmy przewidzieć, będziemy polecać przetwór działający trwalej, t. j. rtęć.

W przypadkach ogólnych objawów kiły, bardzo wybitnych wysypek, szczególnie guzków sączących lub kłykcin jamy ustnej, zmian zatem bardzo zaraźliwych, można użyć salwarsanu przed rtęcią. Osobiście przekładam zawsze najpierw użycie rtęci w jakiejkolwiek postaci (wcierania, wstrzykiwania), a dopiero wśród tego leczenia stosowanie salwarsanu, gdyż wstrzykiwanie tego środka wywołuje często w przypadkach bardzo obfitych wykwitów znaczne podniesienia ciepłoty i objawy osłabienia — odczyn zatem silny, którego unika się wtedy, gdy już przedtem pewna ilość rtęci dostała się do ustroju. Chociaż zatem zmiany kiłowe ogólne znikają nieco powolniej, przemawiam za wcześniejszem podawaniem rtęci, mając to wrażenie, że działanie salwarsanu jest wtedy wolne od objawów ubocznych, a nie jest mimo to słabsze.

Wiadomo powszechnie, że rtęć bez względu na połączenie i na to, jaką drogą wchodzi do ustroju, przechodzi do krwi w rozpuszczalnem połączeniu z białkiem i że wydziela się w wydalinach i wydzielinach ustroju, jak mocz, kał, ślina, mleko, żółć. To wydzielanie rtęci przez ustrój odbywa się powoli, — tem powolniej, im trudniej rozpuszczalne połączenie wprowadzano do ustroju. To działanie zaś rtęci przez czas dłuższy, chociaż w dawkach mniejszych, ma wielkie znaczenie dla wyników leczenia.

Sposoby stosowania r t ę c i są trojakie: na skórę (wcierania), podskórnie lub śródmięśniowo i wewnętrznie. Do tych sposobów dodać można jeszcze kąpiele sublimatowe, używane tylko w przypadkach wyjątkowych.

Najdawniejszą z trzech wspomnianych metod i najczęściej używaną są w c i e r a n i a rtęci. Zawsze zadawano sobie pytanie, w jaki sposób rtęć wchłania się do ustroju przy tym sposobie leczenia; — odpowiedź i dziś nie jest stanowczą, ale w każdym razie część przechodzi w skórę do jej gruczołów, część zaś dostaje się do ustroju przez drogi oddechowe, jako rtęć parująca z powierzchni skóry. Do wcierań używamy maści szarej (ung. hydrarg. ciner.), zawierającej w sobie trzecią część rtęci, a dwie trzecie tłuszczu; dziś polecamy zamiast zwyczajnej maści szarej inne, sporządzone z tłuszczami nie jełczejącymi (ung. hydrarg. cum resorbino vel cum vasogeno paratum). Istnieją i inne, może wygodniejsze, ale mniej skuteczne przetwory, jak maść kalomelowa, mydło rtęciowe (Unny), Calomel-Ebaga Matzenauera. Zapisuje się maść szarą albo w paczkach po 3—5 gramów, albo w szklanych rurach miareczkowanych.

Rp. Ung. hydrarg. ciner.
resorbin. 3,0
Dent. tal. dos. ad
chart. cerat. N. XXX.
S. Wiadomo

Rp. Ung. hydrarg. ciner.
c. vasogeno 3,0
D. ad tub. graduat.
S. Wiadomo.

Przy tej metodzie zależy na tem, aby zaleconą dawkę rtęci wcierać codziennie w skórę, dlatego przepisujemy cho-

remu dokładnie cały turnus, wedle którego codziennie wciera się w inną część ciała, n. p. pierwszego dnia: w obie łydki, drugiego w jedno udo, trzeciego w drugie udo, czwartego w jeden bok (klatki piersiowej, brzucha i pośladek), piątego w drugi bok, szóstego w ręce. Przytem zalecać należy robić wcierania po poprzedniej kąpieli, w ciepłem miejscu, w skórę, gdzie istnieją mięśnie, w skórę ciepłą, ale nie spoconą i przez 10—15 minut, t. j. do chwili, gdy skóra pokryta maścią nie jest błyszcząca, ale raczej matowa i od maści metalowo-szara. Zwraca się przytem uwagę, aby chory wcierał opuszkami nasady dłoni, a nie palcami, gdyż w tym drugim razie dużo maści traci się przez dostanie się jej między palce. Przy wcieraniu nie należy używać znacznej siły, a najlepiej spokojnie, powoli, przy miernym ucisku wsmarowywać różnymi ruchami maść w skórę. Siódmego dnia bierze chory kąpiel ciepłą, przyczem mydłem oczyszcza dokładnie skórę i albo zaraz tego samego dnia rozpoczyna drugą turę, albo dzień jeden przerywa wcierania. Takich cyklów zalecamy zwykle 5—7, t. j. 30—40 wcierań.

Zazwyczaj trzymam się tej zasady, że chory sam powinien robić wcierania; czasami jest to niemożliwe ze względu na stan chorego lub inne okoliczności zewnętrzne, a wtedy może robić ktoś wprawny w tego rodzaju czynności i ręką nie nagą, ale okrytą gumową rękawicą, lub odpowiednim przyrządem.

Do wstrzykiwań podskórnych używano w pierwszym rzędzie sublimatu. Bardzo praktyczny jest rozczyn następujący: Rp. Hydr. sublim. corr. 0,30, Natr. chlor. 1,0 Aqu. dest. 30,0, z którego wstrzykuje się podskórnie w grzbiet codziennie 0,01 sublimatu lub co drugi dzień 0,02. Do rozpuszczalnych należą również połączenia sublimatu z białkiem (hydrarg. albuminatum i hydr. peptonatum), używane tak samo, jak sublimat. Z innych przetworów rozpuszczalnych rtęci są w użyciu hydr. formamidatum i oxycyanatum w rozcz. 1—1·5% i w ilości 1 cm³ na dawkę. Wstrzykiwań takich robi się zazwyczaj 30—40.

Z przetworów nierozpuszczalnych rtęci (kalomel, olej szary) największe uznanie zyskał salicylan rtęci (hydrarg. salicylic.) w zawiesinie, w dawce 0,1 na jedno wstrzykiwanie co tydzień. O ile rozpuszczalne przetwory dają się użyć do wstrzykiwań podskórnych, stosowanych codziennie lub co drugi dzień, o tyle nierozpuszczalne należy wstrzykiwać tylko w mięśnie, i to pośladków, przy zachowaniu odpowiedniej czystości. Skórę wystarczy smarować tylko nalewką jodową bezpośrednio przed wstrzykiwaniem, igłę i strzykawkę jednak należy wygotować, a jeśli się wykonuje wstrzykiwanie u większej liczby chorych naraz, trzeba oczywiście dla każdego użyć igły osobnej. Do wstrzykiwań podskórnych używane igły mogą być cienkie, do miąższowych wstrzykiwań igła musi być grubszą i nieco dłuższą, zwłaszcza że wstrzykujemy zawiesinę wedle przepisu: Rp. Hydr. salicyl. 1,0, ol. olivar. opt. steril. 9,0 lub Hydr. salic. 1,0 Paraff. liquid. ster. 9,0. Podobnie używa się Hydr. thymoloaceticum.

I sublimatu jednak używamy do wstrzykiwań miąższowych wedle przepisu Łukasiewicza w rozczynie 5—10% i stosowanych co 5—7 dni w dawce 1 cm³ płynu (Rp. Mercur. sublim. corr., natr. chlor. ää 0,5, aqu. dest. steril. 10·0).

O ile przy wstrzykiwaniach przetworów rozpuszczalnych nie trzeba zwracać uwagi na ten szczegół, czy przy wkłuciu igły nie przebiło się żyły, o tyle przy nierozpuszczalnych po wkłuciu igły trzeba ze względu na możliwość zatoru płucnego najpierw zobaczyć, czy nie wypływa z niej krew, a dopiero potem płyn wstrzykiwać. Przytem wskazanem jest po wstrzyknięciu, tak podskórnem jak i miąższowem, miejsce wstrzykiwania przez chwilę wymiesić.

Wiadomo powszechnie, jak ważnem i koniecznem podczas leczenia rtęciowego jest utrzymanie czystości jamy ustnej, na co zaraz w początku stosowania rtęci zwrócić trzeba uwagę chorego. Oczyszczenie zębów z kamienia zębowego, wyjęcie wywołujących ropienie dziąseł korzeni zębów lub plombowanie należy czasem do poleceń wstępnych. Równocześnie z zastosowaniem rtęci zaleca się często (3 razy dnia) czyszczenie zębów zapomocą szczoteczki i past zębowych (Pasta kali chlorici) obok płukania ust (10—12 razy dziennie) wodą z dodatkiem wyskoku czystego lub miętowego, albo z dodatkiem boraksu (2—3%), kwasu borowego (3%), chloranu potasowego (Kali chloric.) (2%) (łyżeczka na szklankę wody) albo rozczynu octanu glinowego (1/2 łyżeczki na szklankę wody) lub wody utlenionej (2 łyżeczki na szklankę wody). Ze względu na jamę ustną należy u palaczy zalecać zmniejszenie palenia, a gdy wystąpi obrzęk dziąseł, zapisać pędzlowanie raz dziennie dziąseł; Rp. Tinct. ratanh., tinct. gallar. ää 15,0. Przy uwadze ze strony chorego i lekarza w razie wystąpienia większego ślinienia i rozpulchnienia błony śluzowej jamy ustnej, a w szczególności dziąseł, — można uniknąć objawów groźniejszych, jak krwawienia, owrzodzeń dziąseł, języka, a nawet migdałków przez czasowe zaprzestanie podawania rtęci. Podobnie zwracać trzeba uwagę, szczególnie podczas wcierań, na możność wystąpienia rumieni, podrażnień skóry, które podobnie, jak objawy na błonach śluzowych, zmuszają do czasowego podawania rtęci.

Przypady ze strony przewodu pokarmowego występują najrzadziej przy stosowaniu wcierań, chociaż pojawiają się czasami u wrażliwych osób przeczyszczenia, nawet biegunki krwawe. Dlatego przy każdej metodzie podawania rtęci zwracamy uwagę na dyetę, na dobre i zdrowe odżywianie, wstrzymywanie się od napojów wyskokowych, a przynajmniej używanie ich w bardzo małych ilościach (nieco piwa lub wina), unikanie potraw, drażniących przewód pokarmowy, stosując się do indywidualności chorego. Podobnie życie chorego, szczególniej podczas leczenia, powinno być uregulowane, spokojne, bez wysiłków fizycznych lub umysłowych.

Ze względu właśnie na to działanie drażniące rtęci na przewód pokarmowy podawanie wewnętrzne rtęci jest dosyć ograniczone. Najdawniej podawano sublimat (Rp. Hydr. bichlor. corr. 0,20, natr. chlor. 2,0, succ. et pulv. liquir. ana qu. s. ad pill. N. 50. S. 3—4 pigułki dziennie). We Francyi używany jest w szczególności: Rp. Hydrarg. jodat. flav. 2,50 succ. et pulv. liquir. qu. s. ad pill. N. 50 S. 1—2 pig. dziennie. Częściej stosuje się: Rp. Hydr. tannic. oxydulat. 4,0, extr. opii aqu. 0,40, pulv. et succ. liquirit. q. s. ad pill. N. 100. S. 3—5 pigułek dziennie. W nowszych czasach używa się gotowych już kapsułek mergalu (hydr. cholic. oxydat.) lub pastylek merlusanu, po 2—3 sztuk dziennie. Podawanie wewnętrzne rtęci musi trwać dłużej, niż wcierania lub wstrzykiwania, gdyż sposób ten jest słabszy w działaniu, niż poprzednie. Dlatego metody tej używamy jako pomocniczej, czasami uzupełniającej, lub też w przypadkach wyjątkowych, gdy z jakichkolwiek względów leczenie energiczniejsze nie daje się przeprowadzić.

Wspomniałem już, jakie znaczenie ma dziś salwarsan w leczeniu kiły, — stosujemy go zatem obecnie szczególnie z początku obok rtęci bardzo często. W ostatnich czasach stosuje się salwarsan tylko w postaci wstrzykiwań do żyły; wstrzykiwania podskórne i śródmięśniowe zarzucono zupełnie, a chociaż wlewania do żył są technicznie trudniejsze, to jednak nie sprowadzają żadnych miejscowych odczynów, tak ciężkich po innych wstrzykiwaniach. Z początku używano do wstrzykiwań salwarsanu, który ma tę wadę, że rozpuszcza się trudniej, niż później podane przez Ehrlicha neosalwarsan i salwarsan sodowy (salvarsan-natrium). Następnie rozczyn salwarsanu musimy zobojętniać zapomocą 15% ługu sodowego, wedle odpowiedniego przepisu, co utrudnia całe postępowanie. Neosalwarsan zaś działa znacznie słabiej, dlatego coraz więcej jest w użyciu salwarsan sodowy (salvarsan-natrium), łatwo się rozpuszczający w małej ilości wody. Salwarsan sodowy zatem, jak i neosalwarsan, wstrzykiwać można zwyczajną strzykawką Record w objętości 10 cm³ płynu.

Technika wlewań śródżylnych nie jest trudna przy

pewnej wprawie. Roztwór (w wodzie wyjałowionej lub roztworze soli kuchennej 0,4%) nowych przetworów salwarsanu robić można w samej strzykawce wyjałowionej; wkłucie igły odpowiednio zakończonej, o krótszem niż zwyczajnie ścięciu, nie przedstawia przy pewnej wprawie nadzwyczajnych trudności, szczególnie gdy przy założeniu powyżej łokcia na ramieniu opaski elastycznej, żyły w przegubie łokciowym wystąpią wyraźnie. Do nabrzmienia żył przyczynia się często bardzo wybitnie ruch dłonią, mianowicie składanie w pięść i wyprostowywanie palców. Ważną jest również, szczególnie dla mniej wprawnych wskazówka, aby igłą przebić zawsze najpierw skórę, a dopiero potem ścianę żyły, czyli dostawać się do żyły dwuczasowo. Po wbiciu igły do światła żyły widzimy wypływającą krew; wtedy należy opaskę elastyczną zdjąć z ramienia, a do nasadki igły wprowadzić strzykawkę napełnioną płynem i powoli wstrzykiwać. Przed wstrzykiwaniem smaruje się skórę w przegubie łokciowym jodyną, po wyjęciu igły zaś przykłada się kawałek gazy wyjałowionej, który przytrzymuje się przylepcem.

Po wstrzykiwaniu chory powinien leżeć w łóżku kilkanaście, a czasem i więcej godzin ze względu na odczyn, który czasami nawet w gwałtowniejszy sposób wystąpić może. Najczęściej pojawia się lekki ból głowy i podniesienie ciepłoty (nawet do 40° C.) z poprzedzającym dreszczem. Doświadczenie na dużym materyale ostatnich czasów pouczyło mnie, że najwyższe gorączki bywają wtedy, gdy robimy wstrzykiwanie w kile świeżej podczas wybuchu lub przed wybuchem, nie podawszy poprzednio pewnej ilości rtęci (np. 6—10 wcierań), lub wtedy, gdy istnieją wybitne objawy rtęcicy ust, w której, jak wiadomo, wielką rolę odgrywają krętki ust (spirochaete buccalis). Zmiany w jamie ustnej, wywołane rtęcią, ulegają często poprawie po wstrzykiwaniu salwarsanu. Z innych następstw wymienić należy nudności, wymioty i biegunki. Dlatego obok leżenia w łóżku zalecamy choremu lekką dyetę, zmniejszenie palenia tytoniu, środek przeczyszczający w dniu poprzedzającym wstrzykiwanie i spokój. Rzadko bardzo spotyka się po wstrzykiwaniach wysypki na skórze.

Za przeciwwskazanie uważa się ciężkie schorzenia układu naczyniowego, choroby nerek i wątroby. Dlatego w każdym przypadku powinno się badać przed wstrzykiwaniem głównie te narządy. Białko w moczu, szczególnie w okresie wybuchu kiły, nie jest przeciwwskazaniem, jeżeli nie znajdujemy wybitnego schorzenia nerek, zwłaszcza iż białkomocz może nierzadko być objawem, towarzyszącym wybuchowi zakażenia ogólnego kiłą.

W sprawie dawki salwarsanu zapatrywania autorów nie są zupełnie jednolite; jedni dają jeszcze obecnie początkowe duże dawki (0,60), inni ograniczają się do dawek znacznie mniejszych (0,30—0,40). Na mocy dziś już kilkoletniego doświadczenia dochodzi każdy z autorów do jakichś pewniejszych wyników, ale zdaniem mojem nie ma podstaw do używania dawek dużych, — dziś, gdy stwierdzono, że nie może być mowy o ponownem leczeniu samym salwarsanem, gdy dochodzimy do przekonania, że obok tego przetworu arszenikowego, który, jak wspomniałem, jest znakomitym środkiem pomocniczym, używać musimy rtęci. Dlatego wydaje mi się zupełnie wystarczającem, gdy wśród leczenia rtęciowego użyjemy 2—3 dawek po 0,30—0,40 gr. salwarsanu. Wskazanem jest przytem, aby stosować się do warunków osobniczych chorego i wedle nich czasami, szczególnie pierwsze dawki, znacznie jeszcze obniżać, a stosować je za to w większej liczbie i częściej. Ze względu na możność, chociaż w wyjątkowych tylko przypadkach, zatrzymania w ustroju arszeniku i późniejszego działania zbiorowego (kumulatywnego) przy następnych wstrzykiwaniach, przestrzegam z reguły tej zasady, aby między wstrzykiwaniem mijał czas przynajmniej 10 dni.

Trzecim środkiem tak często, szczególnie w kile później czyli t. zw. trzeciorzędnej, używanym, jest **jod**, podawany prawie wyłącznie wewnętrznie. Najczęściej zalecamy jod jako jodek potasowy (Rp. Kali jodat. 10,0, aqu. dest. 150,0 S. 2 łyżki dziennie) w dawce 1 grama 2 razy dziennie. u sercowo chorych wolimy podawać jodek sodowy (natr. jodat.), który znoszą chorzy łatwiej, ale który działa słabiej. Ze względu jednak na to, że nierzadko chorzy źle znoszą te przetwory jodowe, a jod brać muszą czas dłuższy, zapisujemy go w innej postaci lub w innych przetworach, n. p. Rp. Kali jod. 0,5 in caps. gelodurat. N. 30. S. 2 razy dnia po 1—2—3 kapsułki; albo do roztworu jodu dodać można Tinct. bellad. 1,0, przyczem zalecać picie jodu w mleku. Z innych przetworów są w powszechnem użyciu: sajodyna w pastylkach po $^1/_2$ gr. — jodypina w roztworze 10% wewnętrznie po 5—10 gr. dziennie lub 25% roztwór do wstrzykiwań co parę dni, — jodalbacid w pastylkach po 0,5 gr., — jodglidina podobnie, — jodvasogen 6% po 8—12—20 kropli na dawkę, — jothion, wchłaniający się łatwo przez skórę (2—5 gr. na dawkę do wtarcia w skórę), — jodlecithin »Richter« w postaci pigułek. Jeżeli jednak zadziałać chcemy silnie, zastosować należy jodek potasu, którego dawkę podnosić wtedy należy do 4—6—8, nawet 10 gr. na dobę.

Czasami w przypadkach kiły złośliwej lub późnej wskazana jest obok jodu rtęć, z początku zatem, przed zaleceniem leczenia rtęciowego, zapisać można jod z rtęcią: Rp. Kali jod 10,0, deutojodur. hydrarg 0,05—0,10, aqu. dest. 150,0 S. 2—3 łyżek dziennie. Ale chociaż w kile późnej częściej podajemy jod, niż rtęć, nie wynika z tego, abyśmy ograniczali się tylko do jodu, — owszem najczęściej stosujemy w kile późnej rtęć i salwarsan.

Wreszcie wspomnieć należy o jeszcze jednym przetworze, dziś rzadko tylko i przeważnie w uporczywych postaciach kiły późnej używanym, t. j. o wywarze Zittmanna, który jest właściwie słabym środkiem rtęciowym. Zaleca się zaś w ten sposób, że chory pije rano w łóżku 250—500 gr. silniejszego wywaru (D. Z. fortius), na ciepło, poczem zawinięty w koce leży 1—2 godzin, pocąc się silnie, — po południu zaś wypija taką samą ilość wywaru słabszego (D. Z. mitius) na zimno. Zazwyczaj wywar ten wywołuje biegunki, dlatego nie można go podawać u ludzi ze schorzeniem przewodu pokarmowego.

Obok leczenia ogólnego powyżej nakreślonego stosujemy często i **miejscowo** różne przetwory, aby wykwity bardzo zaraźliwe uczynić nieszkodliwymi. Na naciek pierwotny, szczególnie, gdy istnieje silne owrzodzenie, zalecamy wymywanie benzyną, sublimatem i zakładanie maści tlenku rtęci żółtego lub kalomelu (Hydr. praecip. flav. 0,3:10, vaselin lub Rp. Calomel 0,50, ung. zinc. oxyd. 10). Podobnie w przypadkach obfitych guzków przerosłych i owrzodziałych okresu wtórorzędnego, które tak często widzimy u ludzi, nie przestrzegających czystości, na skórze moszny, na wewnętrznych stronach ud i około odbytu, u kobiet zaś na sromie, — stosować należy częste przemywanie i smarowanie maścią kalomelową 5—10% lub z białego chlorku rtęciowo-amonowego (Rp. Hydr. praecip. alb. 1,0, vasel. flav. 20,0). Tej maści używamy także na wykwity, najczęściej liszajcowate, skóry owłosionej. Kłykciny w jamie ustnej, w szczególności warg, języka i migdałków lub łuków, pędzlować można roztworem lapisu (Rp. Arg. nitr. 1,0 aqu. dest. 10,0) lub jeszcze lepiej roztworem sublimatu (Rp. Hydr. bichlor. corr. 0,5, spir. vin. 10,0). Suche nacieki lub uporczywe guzki pokrywać można plastrem rtęciowym, zmienianym co dobę.

W leczeniu dzieci z kiłą wrodzoną uważamy za najlepszy środek **kąpiele sublimatowe**, których używa się u dorosłych tylko wyjątkowo, gdy są zmiany otwarte. (Rp. Hydr. bichlor. corr. 2,0—4,0, spir. vin. rect. 10,0, aqu. dest. 40,0. S. Połowa flaszeczki na jedną kąpiel). Kąpiele stosować należy codziennie lub co drugi dzień. Dzieciom powyżej $^1/_2$ roku zalecać można wcierania po 1 gr. na dawkę, a miejscowo na różne wykwity wspomniane powyżej maści. Zamiast wcierań używa się także plastrów, którymi oblepia się kończynę, codziennie inną i w innem

miejscu. Wreszcie u rocznych dzieci można robić wstrzykiwania salwarsanu.

Prawie niepodobna zakończyć artykułu o leczeniu kiły bez dodania paru słów o jej zwalczaniu i zapobieganiu rozszerzania się tej straszliwej choroby. Obok kwestyi tak często omawianej, t. j. kontroli prostytucyi, co odnosi się w szczególności do miast większych, należy rozszerzać między ludnością wiadomości o niebezpieczeństwach grożących ze strony chorób wenerycznych, co z jednej strony uchronić może przed zakażeniem, z drugiej w razie choroby zwróci chorego do lekarza, celem odpowiedniego leczenia. Nie potrzeba objaśniać, jak wielkie znaczenie nietylko dla chorego, ale i jego otoczenia, ma wczesne rozpoczęcie leczenia i objaśnienie chorego co do jego zachowania się. Ze względu jednak na odpowiednie leczenie chorych, leczenie jak najdokładniejsze, powinien lekarz ocenić w danym przypadku, czy leczenie daje się przeprowadzić w domu, czy też chory powinien przejść w leczenie w szpitalu. Z tego wynika zatem konieczność jak największej liczby szpitali, chociażby prowizorycznie dla tego celu utworzonych, a przy szpitalach ambulatorya, a nawet dyspensatorya. Wkracza to już więcej w zakres organizacyi odpowiedniego celowi szpitalnictwa (n. p. oddzielenia oddziałów dla prostytutek od oddziałów dla innych kobiet), zasadą tylko powinna być pomoc lekarska jak najlepsza i jak najłatwiej dostępna.

O wiewiórowych i kiłowych schorzeniach narządu wzrokowego

napisał

Prof. K. W. Majewski.

Każdemu lekarzowi wiadomo, jak wielkie niebezpieczeństwa wynikają z chorób wenerycznych dla narządu wzrokowego. Nie dziw, że kiła, jako choroba w całem słowa tego znaczeniu ustrojowa, atakuje między innymi także i narząd wzroku. Ale i wiewiór, chociaż jest w przeważnej liczbie przypadków schorzeniem czysto miejscowem, dosięga oka niejednokrotnie, i to różnemi drogami, a gdy dosięgnie, szerzy w niem zniszczenie stokroć groźniejsze, niż na swoim macierzystym terenie, t. j. na błonie śluzowej dróg moczowo-płciowych.

Znaczenie szkód, jakie choroby weneryczne wywołują w narządzie wzroku, jest choćby dlatego tak wielkiej wagi, że zmysł wzroku odgrywa pierwszorzędną rolę zarówno w życiu jednostki, jak i w gospodarstwie społecznem.

* * *

W szeregu zapaleń oka, występujących na tle zakażenia dwoinkami Neissera, na pierwszem miejscu wymienić należy ropne zapalenie spojówek noworodków [blennorrhoea neonatorum]. Obraz kliniczny tej choroby aż nadto dobrze jest znany nietylko okulistom, ale i każdemu lekarzowi praktycznemu. Dobrze jednak wiedzieć, że istnieją przypadki ropnego zapalenia spojówek u noworodków także nie wiewiórowego pochodzenia, które od prawdziwego ropotoku tryprowego należy odróżnić. Wiadomo, że przed laty niespełna dziewięciu Prowazek i Halberstädter wykryli w przypadkach świeżej, ostrej jaglicy w nabłonkowych komórkach spojówki szczególne twory, które nazwali ciałkami jagliczemi. Później nazwano je wtrętami. Pomimo niezmiernie licznych badań, pomimo udałych prób przeszczepienia wydzieliny i tkanki spojówkowej, zawierającej wtręty, na spojówkę zwierząt, zwłaszcza małp [Bajardi, Hess, Römer, Greeff, Lindner, Addario, Botteri i inni], u których w komórkach nabłonkowych spojówki takie same wtręty powstają, do dzisiejszego dnia nie dostarczono niezbitego dowodu, że twory te stanowią czynnik, wywołujący jaglicę. Nie zdołano dotychczas ciałek jagliczych wyodrębnić w czystej hodowli tak, że i co do ich natury i ich znaczenia zdania są jeszcze zawsze bardzo rozbieżne.

Natomiast pewną jest rzeczą, że zupełnie takie same wtręty, jak w spojówce jagliczej, znaleziono w spojówce noworodków, dotkniętych ropotokiem, nie różniącym się wiele od ropotoku wiewiórowego [Stargardt, Schmeichler i inni]. W przypadkach tych wydzielina spojówkowa z reguły nie zawiera gonokoków, natomiast w przypadkach, gdzie się znajdują gonokoki, z reguły nie można wykazać wtrętów. Postacie mieszane, w których występują wtręty obok gonokoków, należą do wyjątków.

Dalej wykazano istnienie wtrętów komórkowych w błonie śluzowej pochwy u kobiet, których dzieci wkrótce po urodzeniu dostawały ropnego zapalenia spojówek z takimiż wtrętami [Fritsch, Hofstädter].

Wreszcie w ostatniej instancyi znaleziono wtręty komórkowe i w błonie śluzowej cewki moczowej mężczyzn [Lindner] w niektórych przypadkach nieżytowego zapalenia cewki (urethritis catarrhalis non gonorrhoica).

Wracając do ropotoku spojówki noworodków, należy podkreślić, że jakkolwiek jedynie mikroskopowe badanie wydzieliny co do obecności dwoinek Neisserowskich, wzgl. ciałek jagliczych Prowazka, daje nam pewność co do natury zapalenia, to jednak sam przebieg i obraz kliniczny wtrętowego zapalenia spojówki różni się poniekąd od ropotoku wiewiórowego. Przedewszystkiem dłuższy jest okres wylęgania. Zamiast między trzecim a piątym dniem po urodzeniu, jak to zwykle bywa w ropotoku wiewiórowym, pojawiają się pierwsze objawy zapalne w przypadkach ropotoku, wywołanego wtrętami komórkowymi, częstokroć dopiero w 10 dni po urodzeniu, a nawet i później. Przebieg takiego zapalenia jest bądź co bądź o wiele łagodniejszy i krótszy. Powikłania ze strony rogówki występują wyjątkowo. Obrzęk, a potem przerost spojówki ogranicza się częstokroć tylko do załamków. Natomiast bardzo tylko nieliczni autorowie wspominają o pojawianiu się na spojówce noworodków ziarn, podobnych do jagliczych i o wytwarzaniu się blizn, do jakich zawsze wiedzie jaglica. Nie przeszkadza im to uważać jaglicę i zapalenie wtrętowe za dwie sprawy etyologicznie identyczne lub co najmniej pokrewne [Herbert, Wolfrum]. Przypuszczają tylko, że spojówka noworodka nie jest jeszcze zdolna do wytwarzania ziarn, jakie powstają na spojówce starszych dzieci i osób dorosłych.

Niektórzy zwracają uwagę na nieżyt nosa (rhinitis), jaki często w trzecim lub czwartym tygodniu trwania zapalenia wtrętowego pojawia się i utrzymuje się przez czas dłuższy [Botteri]. Powikłania tego nie widuje się nawet w najcięższych przypadkach ropotoku wiewiórowego.

Jakkolwiek ważną rzeczą jest wiedzieć, że niekażdy ropotok spojówki jest pochodzenia wiewiórowego, to jednak odmienna etyologia w tym wypadku nie wpływa zasadniczo na sposób leczenia. Tu i tam stosujemy w pierwszym okresie, gdy obrzęk powiek i spojówek jest bardzo silny, a wydzielina rzadka, do popłuczyn mięsnych podobna, częste przemywania i wypłukiwania bardzo słabym rozczynem nadmanganianu potasowego (kali hypermanganicum), albo 2 % protargolem albo wreszcie nawet rozczynem boru [3%] lub soli [6‰]. Gdy po dwóch lub trzech dniach obrzęk się nieco zmniejszy, a wydzielina stanie się szczero-ropną, śmietankowatą i bardzo obfitą, wtedy przechodzimy do wycierania odwróconych spojówek wacikami, maczanymi w świeżo sporządzonym 10% rozczynie protargolu albo w oryginalnym rozczynie elektrargolu. Zabieg ten należy wykonywać raz, a nawet dwa razy dziennie. Oprócz tego trzeba bardzo często [co godzinę, a co najmniej co dwie godziny] starannie i ostrożnie wypłukiwać z worka spojówkowego ropę tak, ażeby przytem nie zadrasnąć rogówki, i zapusz-

czać następnie 1—2% protargol. Gdy po dniach kilku lub kilkunastu obrzęk powiek prawie zupełnie ustąpi, a wydzielina zmniejszy się i przybierze charakter śluzoworopnej, przechodzimy do tuszowania spojówek 1—2% lapisem. Niektórzy zaczynają lapisować odrazu z nastaniem drugiego okresu choroby [pyorrhoea], nie stosując wcale wycierań protargolem. I ten sposób leczenia niejednokrotnie wiedzie do celu, zwłaszcza w przypadkach zapalenia wtrętowego.

W ostatnim wreszcie okresie, gdy wydzielina staje się czysto śluzową, nieżytową, zapisujemy już zwyczajne środki ściągające, (jak zincum sulf., zincum sozojodolicum, plumbum aceticum, alumen i t. d.).

Przy takiem leczeniu udaje się nam prawie zawsze nietylko zapobiedz groźnym owrzodzeniom rogówki, ale także doprowadzić spojówkę »ad statum integrum«, bez pozostawienia jakichkolwiek dostrzegalnych blizn.

Wspomnieć muszę jednak, że w roku 1914, przed samym wybuchem wojny, w krakowskiej klinice okulistycznej zaczął stosować Wicherkiewicz w przypadkach bakteryologicznie stwierdzonego wiewiórowego ropotoku spojówek u noworodków szczepionkę przeciwgonokokową [»vaccin antigonoccique curatif« Dmégon], przyrządzaną z zabitych hodowli dwoinek wiewiórowych. Robiono co drugi lub trzeci dzień wstrzykiwania miąższowe w pośladki — zwykle w ilości $^{1}/_{2}$ cm³ — oryginalnej szczepionki, rozcieńczonej małą ilością [1 cm³] wyjałowionej wody przekroplonej. Wyniki takiego doraźnego uodpornienia czynnego, jak świadczą historye chorób kilku przypadków, były znakomite; mianowicie uzyskiwano bardzo znaczne skrócenie przebiegu. Wojna i niemożność sprowadzania szczepionki przerwały te doświadczenia, do których należy jednak powrócić, skoro tylko to będzie możliwe.

Gdzieindziej próbowano biernego uodpornienia zapomocą surowic przeciwwiewiórowych [Gian Luigi Colombo], ale bez wybitnych korzyści, zapewne z powodu znacznych różnic biologicznych, jakie zachodzą między poszczególnymi szczepami gonokoków.

Rokowanie, na ogół względnie korzystne, zaciemnia się natychmiast, gdy w przebiegu ropotoku pojawi się naciek na rogówce. Wiadomo, że w takim przypadku nieraz mimo starannego leczenia cała rogówka ulega zupełnemu zniszczeniu, a wtedy w najlepszym razie pozostaje gruba biała blizna i tylko przy sprzyjających warunkach można później zapomocą irydektomii część wzroku przywrócić. Zazwyczaj jednak naciek rychło zamienia się w owrzodzenie, które szerzy się w około i drąży w głąb. Nieraz w ciągu kilkunastu godzin dochodzi do przebicia rogówki i wypadnięcia tęczówki. Zdarzenie to, chociaż zresztą dla oka i dla wzroku bardzo niepomyślne, częstokroć wstrzymuje jednak dalsze szerzenie się wrzodu. Wygojenie polega wtedy na powstaniu tak zwanego garbiaka rogówki [staphyloma corneae], wymagającego następnie leczenia operacyjnego.

Postępowanie lecznicze z chwilą pojawienia się nacieku na rogówce niewiele się zmienia. Tutaj właśnie obowiązuje ogólna zasada, że zmiany rogówkowe, zależne od schorzenia spojówki, leczymy, lecząc spojówkę. To znaczy, że w dalszym ciągu stosuje się protargol, elektrargol, względnie lapis i jaknajczęstsze wypłukiwania, a poza tem zapuszczać należy atropinę dla zapobieżenia następowemu zapaleniu tęczówki i po każdorazowem wypłukaniu zakładać do worka spojówkowego maść przeciwgnilną [ung. thigenoli, airoli, xeroformi, ichthyoli i t.d.].

Wobec groźnych niebezpieczeństw, jakie wiewiórowe zapalenie spojówek noworodków przedstawia dla wzroku, profilaktyka, na szczęście wobec tej choroby nietylko możliwa, ale i nadzwyczaj skuteczna, nabiera niezmiernie wielkiego znaczenia. Ponieważ atoli wykonywanie tej profilaktyki z natury rzeczy jest zadaniem raczej położnika, niż okulisty, dlatego rzecz tę przedstawi Doc. Zubrzycki w osobnym artykule.

Ropienie spojówek u noworodków może poza wymienionemi mieć jeszcze inne przyczyny. Mianowicie może ono między innemi być następstwem zastoju bakteryjnego, wywołanego wrodzoną niedrożnością przewodu nosowołzowego. Okoliczność ta bywa często powodem pomyłek rozpoznawczych. Wiadomo, że u zarodka ludzkiego przewód łzowy jest pierwotnie litym, pełnym walcem nabłonkowym, przebiegającym od wewnętrznego kącika powiek do nosa. W osi tego walca powstają następnie wolne przestwory, które stopniowo łączą się, tworząc jednolite światło przewodu. Czasem się zdarza, że kanalizacya ta nie zdąży się dokonać przed przyjściem na świat płodu, W takim przypadku istnieje u noworodka wrodzona niedrożność przewodu nosowołzowego. Zamknięta, nie skanalizowana jeszcze część przewodu znajduje się najczęściej w jego dolnym odcinku, w pobliżu ujścia nosowego. Taki ślepo zakończony przewód staje się rychło zbiornikiem wydzieliny, do której dostają się drobnoustroje ropne i wywołują śluzoropotok woreczka łzowego. W ślad za tem idzie mniej lub więcej silne zapalenie spojówek z wydzieliną śluzoworopną lub nawet szczero ropną. Obraz na pierwszy rzut oka niewiele się różni od ropotoku wiewiórowego. Dlatego w każdym przypadku, zwłaszcza jednostronnego zapalenia ropnego spojówek u noworodka należy pamiętać o możliwości pierwotnego zajęcia woreczka łzowego, którego okolica w początkach zazwyczaj nie bywa nawet obrzmiałą. Wystarczy jednak po wypłukaniu i oczyszczeniu oka z wydzieliny i rozwierając palcami jednej ręki powieki w kąciku wewnętrznym, nacisnąć opuszką małego palca drugiej ręki okolicę woreczka łzowego. Wtedy ropa, wypływająca lub nawet wytryskująca z punkcików łzowych, odrazu sprawę wyjaśnia. Na właściwe rozpoznanie może nas także naprowadzić i to, że dowiadujemy się od rodziców dziecka o łzawieniu, jakie od samego urodzenia istniało po stronie chorego oka, a w każdym razie poprzedziło pojawienie się ropy. Wiadomo, że w prawidłowym stanie noworodek, nawet płacząc, łez nie wydziela, i że pierwsze łzy pojawiają się przy płaczu dopiero w drugim lub trzecim miesiącu życia.

Wrodzoną niedrożność przewodu nosowo-łzowego, a temsamem następowe ropienie, bardzo łatwo usunąć przez metodyczne nagniatanie okolicy woreczka łzowego. Nacisk, wywarty w ten sposób na płynną zawartość ślepego przewodu, wystarcza zazwyczaj do pokonania ostatniej zapory, poczem wydzielina odpływa do nosa i stan zapalny przewodu, jako też spojówek, bardzo szybko ustępuje bez śladu. Rzadko kiedy trzeba uciekać się do przestrzykiwania woreczka łzowego, a tylko wyjątkowo do użycia zgłębnika.

Wracając do wiewiórowego zapalenia spojówek, musimy podnieść, że jeżeli ono u noworodków poważne przedstawia dla oka niebezpieczeństwo, to o wiele jeszcze jest groźniejsze, jeśli dotknie spojówkę osoby dorosłej. U dorosłych jest to jedna z najcięższych chorób ocznych. Zdarza się stosunkowo rzadko, co przy niezmiernem rozpowszechnieniu ostrego wiewióra cewki moczowej nawet poniekąd wydaje się dziwnem. U kobiet zdarza się rzadziej, niż u mężczyzn. Natomiast stosunkowo częstsze są przypadki ropnego zapalenia spojówek u małych dziewczynek, które cierpią na »leucorrhoea vaginae«, przyczem jednak niezawsze daje się w wydzielinie wykazać obecność dwoinek Neisserowskich.

U dorosłych, po krótkim okresie wylęgania, rozwija się zapalenie wiewiórowe niezmiernie szybko i z ogromną siłą. Nieraz w ciągu kilku godzin obrzęk powiek i spojówek dochodzi do olbrzymich rozmiarów, a wtedy po kilku dalszych godzinach już rogówka ulega nacieczeniu, poczem dalszy jej rozpad postępuje niepowstrzymanie. Rokowanie w tej chorobie jest wprost złe, a przynajmniej bardzo niepewne, mimo najenergiczniejszego nawet leczenia. W rokowaniu groźną oznaką jest nietyle ropotok, w każdym przypadku bardzo obfity, ile przedewszystkiem czerwony obrzęk i nabiegnięcie spojówki gałkowej, tak zwana »che-

mosis rubra«, za którą zwykle w ślad idzie zniszczenie rogówki. Tam, gdzie niema chemozy, możemy spodziewać się ocalenia rogówki nawet mimo wielkiego obrzęku powiek i mimo nieustającego ropotoku.

Ponieważ zapalenie to w przeciwieństwie do ropotoku noworodków rzadko występuje na obu oczach równocześnie, przeto pierwszym obowiązkiem lekarza jest zabezpieczyć oko zdrowe przez założenie szczelnego opatrunku. Dobrze nadaje się do tego celu szkiełko zegarkowe lub plasterek miki, który dokoła oka szczelnie oblepiamy leukoplastem albo przytwierdzamy kolodionem. Przez takie okienko możemy stan zdrowego oka codziennie kontrolować. Nie należy jednak pozwalać, żeby z tego okienka sam chory korzystał, lepiej jest zasłonić je nieprzeźroczystą przepaską, a to w tym celu, żeby przez to zmuszać chorego do posługiwania się okiem ropiejącem. Przez samo częste otwieranie oka chorego odpływ ropnej wydzieliny staje się łatwiejszym i niebezpieczeństwo dla rogówki się zmniejsza.

Leczenie nie różni się zasadniczo od tego, jakie stosujemy u noworodków, tylko musi być prowadzone z jeszcze większą energią i starannością. Główną rzeczą jest jaknajczęstsze i jaknajdokładniejsze usuwanie wydzieliny z worka spojówkowego. Do tego nadaje się dobrze roztwór nadmanganianu potasowego (kali hypermanganicum) 1:500 lub 1:1000, Poza tem wchodzi w grę wycieranie protargolem 10 %. a w późniejszym okresie lapis 2 %.

Zakażenie wiewiórowe oka przychodzi do skutku nietylko przez przeniesienie wydzieliny, zawierającej gonokoki, z części rodnych na spojówkę, lecz w niektórych przypadkach także drogą przerzutu.

Przerzutowe zapalenie wiewiórowe spojówki należy do rzadkich zdarzeń. Przypadki takie opisali: Haltenhof, Roosbroek, Moll, Marx i inni. Z reguły występuje ono równocześnie z wiewiórowem zajęciem stawów i ma przebieg o wiele łagodniejszy, niż zapalenie wskutek zakażenia od zewnątrz (blennorrhoea conjunctivae ectogenes). Nawiasem można tu nadmienić, że znane są przypadki, gdzie właśnie sam ropotok wiewiórowy spojówek był punktem wyjścia uogólnienia się sprawy zakaźnej i zajęcia następowego stawów [Lucas, Deutschmann, Dahlström, Sobotka i inni].

Częściej spotykamy się z przerzutowem zapaleniem tęczówki na tle wiewióra cewki moczowej [iritis gonnorrhoica metastatica].

Zapalenie tęczówki wiewiórowe również występuje najczęściej w tych przypadkach, w których wiewiór uogólnił się i zajął stawy lub narządy wewnętrzne. Panas zwrócił uwagę, że wiewiór tęczówki prawie nigdy nie nawiedza kobiet. U mężczyzn występuje niekiedy równocześnie na obu oczach i podlega nawrotom, powtarzającym się równolegle z zaostrzeniami wiewióra cewki moczowej lub z nawrotami zapalenia stawów.

Obraz kliniczny przypomina wielce gośćcowe zapalenie tęczówki (iritis rheumatica). Często ciecz wodna krzepnie, tworząc rodzaj galaretowatego wysięku, zasłaniającego źrenicę. Powstają tylne zrosty tęczówki, a niejednokrotnie także zaćmienia w ciele szklistem. Te ostatnie moga po ustąpieniu objawów zapalnych ze strony tęczówki stanowić przyczynę trwałego upośledzenia wzroku.

Leczenie nie różni się niczem od tego, jakie stosujemy w przypadkach ostrego zapalenia tęczówki na tle gośćca lub kiły. Równocześnie wskazane jest oczywiście leczenie cewki moczowej i zwalczanie zakażenia ogólnego.

Do równie rzadkich powikłań uogólnionego wiewióra, a może do rzadszych jeszcze, niż wspomniany wyżej wiewiór spojówki, należy zapalenie przerzutowe gruczołów łzowych (dacryoadenitis gonorrhoica metastatica). Przypadki takie opisali między innymi Causé, Terson i Pes.

* * *

Nie mniej niebezpiecznym wrogiem narządu wzroku, a pod wielu względami może groźniejszym nawet od wiewióra, jest przymiot. Tak jak w ustroju niema prawie narządu ani tkanki, w którejby kiła nie mogła wywołać zmian anatomicznych, tak i w narządzie wzroku, począwszy od zewnętrznych części ochronnych oka, a skończywszy na najwyższych ośrodkach uświadomienia wrażeń wzrokowych w korze mózgowej, niema ani jednej części składowej, któraby bezpośrednio lub pośrednio nie mogła ucierpieć wskutek zakażenia kiłowego. Dawniej uważano soczewkę za jedyną część oka, niedostępną dla jadu kiłowego i zawsze wolną od zmian kiłowych. Ale już w roku 1892 Scherl ogłosił spostrzeżenie, które obaliło tę wiarę w nietykalność soczewki. Chodziło o kilaka tęczówki i ciała rzęskowego, który w dalszym przebiegu zajął także miąższ soczewki, wnikając głęboko między warstwy włókien kory soczewkowej. Poza tem w przypadkach kiłowego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego (iridocyclitis luetica) soczewka wskutek złego odżywienia nieraz się zaćmiewa i powstaje katarakta, która pośrednio jest następstwem zmiany kiłowej.

Kiła w każdym ze swych okresów może wywoływać zmiany w oku.

Przedewszystkiem oko może stanowić wrota zakażenia i pod względem częstości w szeregu pozapłciowych usadowień wrzodu pierwotnego zajmuje trzecie miejsce: po ustach i po palcach. Jak wszystkie zakażenia oczne, mające swe źródło w zanieczyszczeniu przez tarcie palcami, także pierwotna zmiana kiłowa stosunkowo częściej zdarza się na oku prawem, niż na lewem. Siedliskiem wrzodu bywa skóra lub brzeg powiek, spojówka powiekowa, o wiele rzadziej spojówka gałki [spostrzeżenie Rόny], a zupełnie wyjątkowo także i rogówka [Jullien].

Znamienne stwardnienie podstawy wrzodu utrzymuje się niezwykle długo, nieraz miesiącami. Jako ostateczny ślad po wrzodzie pozostaje blizna, która czasem, stosownie do położenia, wywołuje bądźto odwinięcie powieki [ectropion], bądźto jej podwinięcie i wrost rzęs [entropion et trichiasis].

Zajęcie sąsiednich gruczołów bywa bardzo wybitne. Jeśli wrzód powstał w okolicy wewnętrznego kącika oka, powiększają się w pierwszym rzędzie gruczoły podszczękowe. Jeśli wrzód znajduje się bliżej kącika zewnętrznego, powiększa się najpierw gruczoł przeduszny (glandula praeauricularis), a za nim idą gruczoły w okolicy ślinianki przyusznej (parotis), dalej gruczoły szyjne aż do rowka nadobojczykowego i aż po wyrostek barkowy (acromion).

Pierwotną zmianę kiłową na oku, tj. na skórze lub na brzegu powieki, możnaby chyba pomieszać z rakiem powieki. Tylko w młodocianym wieku nowotwór rakowy prawie nie wchodzi w rachubę, a zresztą znamienne dla kiły, niebolesne powiększenie i stwardnienie licznych gruczołów, niespotykane przy raku usadowionym na powiece, przechyli rozpoznanie na stronę wrzodu pierwotnego. Nie mówię oczywiście o badaniu histologicznem, względnie o wykazaniu obecności krętków bladych, które rozprasza odrazu wszelkie rozpoznawcze wątpliwości.

W tak zwanym drugorzędnym okresie kiły bierze narząd wzroku częsty i różnoraki udział. Wszelkie rodzaje wysypek kiłowych mogą, co się jednak nie często zdarza, zajmować także skórę powiek.

Najbardziej znamiennym i najczęstszym objawem kiły drugorzędnej na oku jest zapalenie tęczówki. W etyologii ostrego zapalenia tęczówki właśnie drugorzędna kiła zajmuje naczelne miejsce. Kiłowe zapalenie tęczówki występuje zazwyczaj równocześnie z wysypką na skórze i ze zmianami drugorzędnemi na błonach śluzowych, rzadziej poprzedza wystąpienie zmian ogólnych, a czasem stanowi w danej chwili jedyny objaw istniejącego zakażenia kiłowego. W większości przypadków obraz kliniczny kiłowego zapalenia tęczówki nie różni się niczem od innych wysiękowych zapaleń tęczówki (iritis plastica rheumatica, arthri-

tica, gonorrhoica, malarica, etc.) tak, że tylko stwierdzenie innych objawów kiły, względnie dodatni wynik próby Wassermanna uprawnia nas do uznania zapalenia tęczówki za zmianę kiłową. W pewnych przypadkach atoli pojawia się na tęczówce, zazwyczaj w pobliżu brzegu źrenicznego, bardzo dla kiły znamienny, żółtaworóżowy, wystający guziczek, rzadziej dwa lub więcej podobnych guziczków. Towarzyszy im stan zapalny całej tęczówki z tylnymi zrostami brzegu źrenicznego i ze zmętnieniem cieczy wodnej. Guziczki te dochodzą do wielkości ziarna prosa, a nawet ziarna grochu. Są to nacieki kiłowe, równorzędne i równoznaczne z naciekami, jakie powstają w skórze i tworzą guzkową wysypkę kiłową. Stąd ten rodzaj zapalenia tęczówki nosi nazwę zapalenia guzkowego [iritis luetica papulosa, — dawniej określano je niewłaściwą nazwą iritis gummosa].

W przypadkach lżejszych sprawa zapalna ogranicza się do samej tęczówki i po wyleczeniu nie pozostawia po sobie albo żadnych śladów, albo tylko tylne zrosty brzegu źrenicznego lub złogi barwikowe na przedniej torebce soczewki, bez jakiegokolwiek upośledzenia wzroku. Z drugiej strony wiadomo, że bez leczenia lub przy niedostatecznem leczeniu wysiękowe zapalenie tęczówki nawet o średniem nasileniu doprowadzić może do zarośnięcia źrenicy, do jaskry następowej i do zupełnej, niepowrotnej utraty wzroku. Nieraz jednak nawet umiejętne i energiczne leczenie nie może zapobiedz trwałemu upośledzeniu wzroku w przypadkach ciężkich, gdzie sprawa zapalna z tęczówki przechodzi na ciało rzęskowe [iridocyclitis], co zagraża w przyszłości zanikiem gałki ocznej, albo, gdzie odrazu sprawa chorobowa obejmuje całą jagodówkę, a więc obok tęczówki i ciała rzęskowego także i naczyniówkę [uveitis luetica]. Wtedy powstają zaćmienia w ciele szklistem [opacitates corporis vitrei], a zmiany w naczyniówce odbijają się natychmiast na odżywieniu siatkówki i powstaje zapalenie naczyniówki i siatkówki (chorioretinitis), wywołujące nieuchronnie znaczne upośledzenie wzroku i zwężenie pola widzenia. Zazwyczaj jednak tego rodzaju głębsze zmiany występują samoistnie, t. j niezależnie od tęczówki, i to dopiero w późniejszych okresach kiły, przebiegają wtedy przewlekle i niestety opierają się najczęściej wszelkim metodom leczenia swoistego.

O ile spotykamy się ze świeżem, ostro występującem zapaleniem siatkówki [najczęściej retinitis luetica centralis] we wczesnych okresach kiły, to wtedy możemy spodziewać się po energicznem leczeniu swoistem [rtęć i neosalwarsan] jaknajlepszych wyników. Tosamo znakomicie działa nawet sama tylko rtęć w przypadkach ostrego zapalenia nerwu wzrokowego, które zdarza się również we wczesnych okresach uogólnionej kiły. Skutek leczenia jest tutaj tem świetniejszy, że takie zapalenie nerwu wzrokowego bywa nieraz równocześnie obustronne i w kilku dniach doprowadza do zupełnej ślepoty [amaurosis ambilateralis], a na czas wdrożona i z dostateczną energią przeprowadzona merkuryalizacya przywraca choremu nieraz prawidłową bystrość wzroku i prawidłowe pole widzenia. Poza ogólnem leczeniem przeciwkiłowem wskazane są w przypadkach ostrych zapaleń siatkówki i nerwu wzrokowego środki przeczyszczające, środki odwodzące, jak Heurteloup lub pijawki na skroń, leczenie napotne, gorące kąpiele nożne, leżenie w łóżku i ciemnica.

Do rzadszych powikłań wczesnego przymiotu należą porażenia nerwów, zaopatrujących zewnętrzne mięśnie oczne [strabismus paralyticus, diplopia], porażenie źrenicy i akomodacyi. Wszystkie takie zaburzenia dają na ogół rokowanie pomyślne, to znaczy ustępują dość łatwo pod wpływem leczenia swoistego. Zastrzedz się jednak musimy, że w przypadkach kiły złośliwej, n p. we wczesnej kile mózgu, gdzie zaburzenia oczne są tylko echem poważnych nieraz zmian, toczących się w ośrodkach nerwowych, rokowanie zależy oczywiście od przebiegu i zejścia sprawy, toczącej się w mózgu lub na oponach.

Dla uzupełnienia obrazu wczesnych zmian kiłowych w zakresie narządu wzrokowego wspomnieć jeszcze należy o zapaleniach okostnej oczodołu. Takie zapalenie (periostitis orbitalis syphilitica) miewa dla oka bardzo rozmaite znaczenie, zależnie od swej siedziby. Jeśli zajmuje brzeg oczodołu, to nie przedstawia szczególnego niebezpieczeństwa, chyba w dolnowewnętrznej okolicy, gdzie może doprowadzić do zajęcia woreczka i przewodu łzowego. Zapalenie okostnej, usadowione na jednej ze ścian oczodołu, może przez ucisk, z boku wywarty, spowodować przesunięcie gałki ocznej, upośledzenie jej ruchomości, może wzniecić zapalenie tkanki oczodołowej [cellulitis orbitalis] i wywołać następowe wysadzenie oka [exophthalmus]. Wreszcie zapalenie okostnej w okolicy otworu wzrokowego (foramen opticum) zagraża w najwyższym stopniu nerwowi wzrokowemu i w razie niedostatecznego lub spóźnionego leczenia sprowadza ślepotę wskutek zapalenia i następowego zaniku tego nerwu.

Wszystkie wymienione zaburzenia, pochodzące od zapalenia okostnej oczodołowej, stanowią wdzięczne pole do leczenia swoistego, które, usuwając zapalenie okostnej, odwróci nieraz od oka niejedno groźne niebezpieczeństwo.

Niektórzy autorowie [Goldzieher, Wicherkiewicz] opisali przypadki, w których zmiana kiłowa występuje na oku pod maską do złudzenia naśladującą jaglicę spojówki. Niezwykle uporczywe, opierające się używanym sposobom leczenia ziarna (granulacye) w przypadkach tych, odnoszących się do osób chorych na kiłę lub o kiłę podejrzanych, goiły się dopiero po zastosowaniu rtęci i jodu.

W późniejszych okresach kiły oko również często staje się siedliskiem poważnych i groźnych objawów. Kilaki występują na powiekach, czasem zajmują gruczoły Meiboma i naśladują wtedy gradówkę lub jęczmyk (chalazion względnie hordeolum internum). Częściej tworzą się one na samej gałce ocznej, niszcząc twardówkę i wywołując jej przedziurawienie, dla całości oka niebezpieczne. Niemniej groźne dla oka są kilaki, usadowione w tęczówce, w ciele rzęskowem lub w naczyniówce. Nie rozpoznane na czas i nie leczone dość energicznie, mogą one całą gałkę oczną przyprawić o zniszczenie.

Kilaki, powstające na przebiegu nerwów wzrokowych, w okolicy ich skrzyżowania lub pasm wzrokowych, mogą sprowadzić bądźto zupełną ślepotę, bądź też różne rodzaje widzenia połowiczego. Wiele porażeń mięśni ocznych zewnętrznych i śródgałkowych odnosimy do zmian kilakowych w ośrodkach nerwowych na podstawie mózgu. O objawach ocznych, jakie towarzyszą parakiłowym schorzeniom środkowego układu nerwowego [wiąd rdzenia, porażenie postępowe] nie ma powodu rozpisywać się w tem miejscu, gdzie chodzi głównie o przedstawienie wcześniejszych przejawów chorobowych, z jakimi się obecnie lekarze muszą spotykać w szerzącej się po kraju epidemii chorób wenerycznych. Niech tylko groźna perspektywa zaniku nerwów wzrokowych na tle wiądu rdzenia stanowi jedno więcej »memento«, zagrzewające nas do walki z tym nielitościwym wrogiem publicznego zdrowia, jakim jest zakażenie kiłowe.

Nietylko kiła nabyta, ale wrodzone lub odziedziczone zakażenie kiłowe [lues congenita et hereditaria] również w wysokim stopniu zagraża narządowi wzroku. Już w łonie matki, u płodów kiłowych, rozwijają się niekiedy poważne schorzenia wewnętrznych błon ocznych. Dzieci takie przychodzą na świat z tylnymi zrostami tęczówki lub nawet ze źrenicą zarosłą wskutek płodowego kiłowego zapalenia tęczówki (iritis luetica intrauterina). W innych razach zmiany rozwijają się w naczyniówce i siatkówce. Całe dno oka jest wtedy gęsto usiane białemi ogniskami zwyrodnienia i czarnymi złogami barwikowymi. Wzrok w tych przypadkach, w najwyższym stopniu upośledzony, graniczy zwykle prawie z zupełną ślepotą.

U dzieci starszych, obarczonych kiłą dziedziczną, spostrzegamy, jak wiadomo, częstokroć miąższowe zapalenie

rogówek [keratitis parenchymatosa vel interstitialis], chorobę uciążliwą, wlokącą się przez długi szereg miesięcy i w wielu przypadkach pozostawiającą pomimo nienagannego leczenia trwałe upośledzenie wzroku. Patogeneza tego zapalenia rogówki i jej stosunek do przymiotu dziedzicznego były w ostatnich latach przedmiotem ożywionej dyskusyi. Wedle najnowszych pojęć zapalenie to ma być przejawem anafilaksyi, a nie bezpośredniem następstwem zakażenia rogówki krętkami bladymi. Zapatrywanie to opiera się na znanem doświadczeniu Wesselyego. Wstrzykiwał on w miąższ rogówki żywego królika jedną lub dwie krople jałowej, przegrzanej surowicy końskiej. Po takim zabiegu powstaje w miejscu wstrzyknięcia krótkotrwały, nieznaczny odczyn zapalny, który po kilku dniach przemija bez śladu. Ale po upływie około 12 dni występuje na nowo zapalenie rogówki, powstają w głębszych warstwach obłoczkowate nacieki, ponad którymi nabłonek staje się matowy. Nacieków tych przybywa coraz więcej, zlewają się ze sobą, aż wreszcie cała rogówka się zaćmiewa, a od brzegów pojawiają się pęczki głębokich naczyń. Zwykle też przyłącza się następowe zapalenie tęczówki. Nacieczenie rogówki dochodzi do szczytu mniejwięcej w ciągu dwóch tygodni, poczem zaćmienia zaczynają się stopniowo wyjaśniać, aż wreszcie po upływie dalszych dni kilkunastu cała rogówka odzyskuje pierwotną przeźroczystość. Jak widzimy, obraz kliniczny tego doświadczalnego zapalenia rogówki pokrywa się najdokładniej z obrazem klinicznym miąższowego zapalenia rogówki na tle kiły dziedzicznej u dzieci, tylko przebieg choroby jest znacznie przyspieszony i skrócony.

Owo doświadczalne zapalenie rogówki u królika wyjaśnia się uczuleniem całego ustroju przeciw białku, zawartemu w surowicy końskiej. Niweczniki, wytworzone i krążące we krwi królika, wnikają po upływie dni kilkunastu i do rogówki, w której zalegają jeszcze ślady surowicy końskiej [antygenu], wywołują rozkład obcego białka, a wytwory tego rozkładu stanowią czynnik, wywołujący stan zapalny. Że rzeczywiście nastąpiło uczulenie ogólne, o tem możemy się przekonać, wstrzykując w tymże samym czasie [w 12 dni po pierwszem wstrzyknięciu] minimalną ilość surowicy końskiej w rogówkę drugiego oka. Natychmiast po tem wstrzyknięciu rozwija się bardzo silne miąższowe zapalenie, zajmujące całą rogówkę.

Przenosząc te wyniki doświadczeń na zwierzęciu do patologii ludzkiej, możemy, idąc śladem rozumowań Schiecka, wyobrazić sobie powstawanie miąższowego zapalenia rogówki w sposób następujący: W rogówce dzieci rodziców kiłowych znajdują się złogi antygenu, pochodzącego z krętków bladych, co, jak już dowiedziono, nie wpływa ani na wejrzenie rogówki, ani na jej przeźroczystość. Gdy cały ustrój wytworzył już ciała odpornościowe, przeciw krętkom skierowane, to ciała te nie mogą dotrzeć do owych złogów z powodu leniwej przemiany materyi w rogówce. Gdy dopiero z jakichkolwiek powodów ta przemiana materyi w rogówce się ożywi, [drobne urazy, pryszczykowe zapalenie rąbka spojówkowego, wzmożenie przemiany materyi w okresie pokwitania], wtedy z większym dopływem materyału odżywczego wnikają do rogówki także i niweczniki przeciwkiłowe, a spotykając wśród miąższu rogówkowego złogi antygenu, działają na nie natychmiast i wywołują ich rozkład. Trujące produkta tego rozkładu wzniecają anafilaktyczne zapalenie w postaci głębokich nacieków, które w ślad za wnikającymi niwecznikami pojawiają się na obwodzie, a szerzą się ku środkowi rogówki. W tymsamym kierunku postępuje później oczyszczanie się rogówki w miarę, jak ostatnie resztki antygenu ulegną strawieniu i rozkładowi.

Wiadomo, że w niektórych przypadkach miąższowego zapalenia rogówki niema żadnych danych do przyjmowania kiły dziedzicznej za tło przyczynowe. Próba Wassermanna wypada ujemnie, natomiast na próby tuberkulinowe oddziaływa chory dodatnio. Do takich przypadków możemy z łatwością przykroić teoryę Schiecka, podstawiając w miejsce antygenu z krętków Schaudinna antygen z prątków Kocha.

Emmerich i Loew zauważyli, że chlorek wapnia, podawany przez dłuższy czas w ilości do 3 gr. dziennie, niszczy krążące we krwi niweczniki i zapobiega w niektórych razach wybuchowi pewnych zaburzeń anafilaktycznych. Kto wie, czy, jeśli prawdziwą jest rola niweczników w patogenezie zapalenia miąższowego rogówki, czy metodyczne podawanie chlorku wapnia dzieciom rodziców kiłowych nie chroniłoby ich przed tą ciężką chorobą oczną.

Rozwinięte już miąższowe zapalenie rogówki wymaga, oprócz leczenia swoistego, gorących okładów i zapuszczania atropiny. Po ustąpieniu objawów zapalnych celem wyjaśnienia zaćmień rogówkowych stosuje się środki drażniące, jak żółtą maść rtęciową, dioninę, kalomel i t. d.

Od czasu wprowadzenia salwarsanu i neosalwarsanu do terapii kiły zwracają się często syfilidolodzy do nas okulistów z zapytaniem, czy u danego chorego nie zachodzi przeciwwskazanie dla zastosowania środka Ehrlicha. Ta troska o wzrok chorych, leczonych salwarsanem, jest prawdopodobnie echem smutnych wspomnień, jakie pozostawiły po sobie dawniej używane przetwory arszenikowe, mianowicie atoksyl i arsacetyna, które, jak wiadomo, wywoływały w wielu przypadkach zapalenie i zanik nerwów wzrokowych.

Co do salwarsanu i neosalwarsanu jest już dziś rzeczą pewną, że takich fatalnych skutków ich farmakodynamicznemu działaniu przypisywać nie możemy. Znane są jednak liczne spostrzeżenia ciężkich zmian na dnie oka po większych dawkach salwarsanu [neuritis optica, neuroretinitis, haemorrhagia retinae etc.]. Przypadki takie ogłosili: Terlinck, Schwarz, Fejér, Vollert, Peythieu i inni. Są to jednak tak zwane neurorecydywy, dla których objaśnienia sam Ehrlich podał teoryę, że krętki, ukryte w mniej dostępnych częściach ustroju, n. p. w szpiku kostnym, albo w kanałach Haversa, po wyjałowieniu salwarsanem krwi i przeważnej części innych tkanek uzyskują wyższy stopień jadowitości i wytwarzają toksyny, zdolne wywołać neurorecydywy. Za słusznością tej teoryi przemawia fakt, że neurorecydywy te ustępują po podaniu nowej dawki salwarsanu.

Stąd też okuliści w przypadkach kiłowych zapaleń nerwu wzrokowego, siatkówki i naczyniówki sami chętnie stosują, i często z powodzeniem, obok rtęci i jodu także salwarsan. Jedynie w razie postępującego zaniku nerwów wzrokowych, zwłaszcza w przebiegu wiądu rdzenia, dość powszechne uprzedzenie do wcierań rtęciowych, — które, jak się wydaje, zamiast odwlekać, przyspieszają tylko utratę wzroku, — przeniosło się w miarę wzrastania liczby ścisłych spostrzeżeń także na salwarsan i neosalwarsan. Poza tem nie posiadamy, jak dotąd, wcale ustalonych wytycznych, na podstawie których mielibyśmy ze stanowiska okulistycznego prawo albo obowiązek zakładać bezwzględne »veto« przeciw stosowaniu salwarsanu.

Najpraktyczniejsze sposoby badania drobnowidowego dwoinek wiewiórowych i krętków bladych

napisał

Prof. Dr R. Nitsch.

Barwienie dwoinek wiewiórowych udaje się bardzo dobrze zapomocą błękitu metylenowego Loefflera (z dodatkiem KOH: nasyconego wyskokowego roztworu błękitu 30 cm^3, 0·01 % ługu potasowego 100 cm^3) lub Kühnego (z dodatkiem kwasu karbolowego: błękitu metylenow. 1,5, alkohol. absol. 10,0, 5 % wody karbolowej 100,0). Dwoinki

barwią się ciemno-niebiesko (prawie czarno), a jądra ciałek ropnych niebiesko. Ropę należy w cienkiej warstwie rozpostrzeć na szkiełku przedmiotowem i po utrwaleniu nad płomieniem zabarwić. Oglądać zabarwiony preparat najlepiej wprost w olejku imersyjnym bez przykrywania szkiełkiem nakrywkowem.

Podwójne zabarwienie otrzymuje się zapomocą metody Pappenheima. Barwik przyrządza się następujący:

Zieleni metylowej (Methylgrün) (00 cryst.)	0.15
Pyroniny	0,25
Alkoholu	2,50
Gliceryny	20,—
Wody karbolowej $^1/_2$ %	100,—

Barwik ten jest trwały; barwić należy około 5 minut. Dwoinki Neisssera barwią się ciemno-czerwono, a jądra ciałek ropnych jasno-zielono.

Krętki blade (spirochaete pallida) uwidocznić najprościej zapomocą tuszu (sposób Burriego). Kropelkę tuszu kładziemy na czyste szkiełko przedmiotowe i dodajemy kropelkę płynu, wyciśniętego z miejsca dotkniętego zmianą kiłową. Następnie brzegiem drugiego szkiełka rozprowadzamy szybko i jednostajnie mieszaninę tuszu z płynem po powierzchni szkiełka. Preparat powinien wyschnąć w przeciągu najdłużej 1 minuty. Oglądamy pod imersyą, dając olejek wprost na suchy preparat.

Barwienie metodą Giemsy daje jeszcze najwierniejszy obraz krętków bladych. Na bardzo czystem szkiełku przedmiotowem zasuszamy w możliwie cienkiej warstwie badany materyał. Po wyschnięciu utrwalamy 10 minut w alkoholu absolutnym. Następnie barwimy trwałym barwikiem Giemsy*), rozcieńczonym w wodzie przekroplonej (1 kropla barwika na 1 cm³ wody) przez godzinę. Potem zmywamy wodą i wysuszamy. Oglądamy pod imersyą.

W sprawie wiewiórowego zapalenia spojówek u noworodków

napisał

Doc. Dr January Zubrzycki.

Zdaniem przeważnej części badaczy następuje zakażenie wiewiórem worka spojówkowego u noworodków albo wśród samego porodu podczas przechodzenia główki przez dolny odcinek kanału rodnego, albo, co częściej, bezpośrednio po porodzie, w chwili, kiedy dziecko przez pierwsze otwarcie powiek umożliwiło zarazkom, znajdującym się na powiekach i rzęsach, dostanie i zaszczepienie się na spojówkę. Powstałe skutkiem tego zapalenie jest bardzo ciężkiem cierpieniem i wywołuje cały szereg groźnych dla oka następstw, z których najgroźniejszem jest ślepota. Według zestawienia Wagnera w roku 1906 na ogólną liczbę ślepych w Austryi w 20·4% powstała ślepota skutkiem trypowego zapalenia spojówek u noworodków. Z noworodków zaś, które zapadły na to cierpienie, oślepło 20·2%. Wystarczają już te cyfry, aby dać pojęcie o skutkach i grozie omawianego cierpienia.

Nic więc dziwnego, że od szeregu lat dążono wszystkimi możliwymi sposobami do wypracowania zapobiegawczych metod postępowania, których zadaniem byłoby nie dopuścić do powstawania śluzoropotoku u noworodków. Pomijając historyczny rozwój metod, jakiemi dzisiaj w tym celu ogólnie się posługujemy, wspomnę tylko, że ojcem ich był Crédé, który już w roku 1880 polecił zakraplanie oczu noworodków zaraz po porodzie 2% rozczynem azotanu srebrowego. Wychodził on z założenia, że rozczyn ten zabija drobnoustroje, które zdążyły już nawet dostać się na spojówkę. Wyniki tego postępowania, stosowanego początkowo tylko w zakładach położniczych, przeszły wszelkie oczekiwania. Odsetek dzieci, które zapadły na t. zw. śluzoropotok oczny, zmalał natychmiast prawie do zera.

Rozczyn jednak azotanu srebrowego, chociaż stosowany tylko w ilości jednej kropli, bardzo silnie zadrażniał oko, wywołując następowo zapalenie spojówki, wprawdzie aseptyczne i nie groźne w skutkach, niemniej jednak niepokojące dla otoczenia i bolesne dla dzieci. Temu też należy przypisać i to, że sposób ten, podany przez Crédégo, nie znalazł szerszego zastosowania u ogółu ludności; temu też należy przypisać dążenie całego zastępu badaczy do zastąpienia 2% rozczynu azotanu srebrowego innymi przetworami.

Z szeregu środków, wypróbowanych przez niemały przeciąg lat, zyskały dzisiaj prawo obywatelstwa: 10% protargol, 5% sofol i 1% octan srebra. Z wymienionych poleciłbym protargol, który jest białkowem połączeniem srebra. Ma on tę wyższość nad oboma wyżej wspomnianymi, że jest objęty lekospisem austryackim i stąd otrzymać go można w każdej aptece; oprócz tego góruje nad sofolem, który jest połączeniem kwasu formaldehydo-nukleinowego ze srebrem, tem, że rozkłada się pod wpływem światła o wiele trudniej i dlatego dłużej w stanie niezmienionym przechować się daje. Pierwsze badania nad działaniem ochronnem protargolu przeprowadził Piotrowski w krakowskiej szkole położnych prof. Rosnera. Z pracy Piotrowskiego wiadomo, że ochronne stosowanie 10% rozczynu protargolu u noworodków obniża odsetek śluzoropotoku do zera, nie wywołując przytem prawie żadnych objawów zadrażnienia spojówek. W klinice położniczej U. J. w Krakowie używa się od szeregu lat dla zapobieżenia ropnemu zapaleniu oczu u noworodków 10% rozczynu protargolu z równie dobrym skutkiem, jak w szkole położnych.

Wyniki klinicznego doświadczenia, które usunęły zupełnie niebezpieczeństwo wiewiórowego zapalenia spojówek u noworodków urodzonych w zakładach położniczych, znalazły oddźwięk i w rozporządzeniach rządowych, wydanych dla położnych. Położne bowiem, będąc czynne przy porodach, w pierwszym rzędzie mogą przeciwdziałać powstawaniu śluzoropotoku u noworodków. W r. 1912 zarządziło ministerstwo spraw wewnętrznych, co następuje: »Położna jest zobowiązana bezpośrednio po urodzeniu się dziecka oczyścić powieki noworodka zapomocą czystej waty, umoczonej w przegotowanej ciepłej wodzie, poczem powinna zapomocą zakraplacza wpuścić do otwartych szpar powiekowych dziecka nierozłożony 10% rozczyn protargolu lub 1% rozczyn octanu srebrowego, nakoniec przemyć oczy dziecka ponownie przegotowaną wodą«. Zarządzenie to, zobowiązujące położną do stosowania środków ochronnych przeciwko śluzoropotokowi u wszystkich bez wyjątku noworodków, bez względu na to, czy są dane do tego, by przypuszczać istnienie wiewióra u matki, znajduje swoje uzasadnienie w trudności rozpoznania u kobiety z całą pewnością wiewióra, a szczególnie jego postaci przewlekłych. Jak więc widzimy, w państwie austryackiem nietylko dzieci, rodzące się w zakładach położniczych, lecz także i dzieci, przychodzące na świat pod opieką położnej, są w zasadzie zabezpieczone przed tak groźnem zakażeniem spojówek.

Ustawa ta z r. 1912 idzie jednak dalej i przewidując pomimo zapobiegawczego postępowania ewentualnie jeszcze wystąpienie zapalenia spojówek u noworodka, mówi, że »w razie pojawienia się u noworodka obrzmienia i zaczer-

*) Najlepiej posługiwać się gotowym barwikiem z fabryki Grüblera w Lipsku lub Mercka w Darmstadzie.

Barwik ten składa się z 3,0 azur-II-eozyny, 0,8 azuru II, 250 gliceryny chemicznie czystej i 250 alkoholu metylowego chem. czystego. Azur-II-eozynę i azur II suszy się dokładnie nad kwasem siarkowym w eksykatorze, jaknajstaranniej uciera na proszek, przeciera przez gęste sito jedwabne, rozpuszcza mieszając w glicerynie przy 60°, potem dolewa się alkoholu met. o ciepłocie 60°, a po dobie przesącza się barwik.

wienienia powiek, albo wydzieliny ropnej ze szpary powiekowej, powinna położna usilnie doradzać, aby przyzwano lekarza«. Równocześnie zobowiązana jest położna ustawą z r. 1897, »jeśli krewni chorego dziecięcia nie wezwą lekarza, do doniesienia jak najrychlej zwierzchności gminnej o tej zaraźliwej chorobie oczu«. Ustawy, nakazujące położnym donoszenie odpowiedniej władzy o każdym przypadku śluzoropotoku u noworodków, wydano już przeważnie we wszystkich państwach cywilizowanych. Niektóre nawet państwa, jak n. p. Stany zjednoczone Ameryki północnej, karzą położne za niedoniesienie władzy o każdym przypadku śluzoropotoku u dziecka dwustu dolarami grzywny lub sześciomiesięcznem więzieniem.

Tak więc ustawy państwowe zabezpieczyły, o ile mogły, dzieci, rodzące się pod opieką położnej, przed niebezpieczeństwem wiewiórowego zapalenia spojówek. Pozostaje jeszcze do omówienia los dzieci, rodzących się bez obecności lekarza i położnej, przy pomocy t. zw. »babek« lub nawet bez ich pomocy. Liczba tego rodzaju porodów jest właśnie w Galicyi (a zapewne i w Królestwie) przeważająca i przerażająca. Jak wynika z zestawienia Piotrowskiego, coprawda z r. 1900 (późniejszego zestawienia nie mam pod ręką), w zachodniej Galicyi zaledwo 2% kobiet rodzi w zakładach, 22% rodzi poza zakładem pod opieką położnej, a aż 76% rodzi poza zakładem i bez pomocy położnej. Otóż losem dzieci, urodzonych z kobiet tej ostatniej grupy, rekrutującej się, rzecz zupełnie jasna, z najuboższej warstwy ludności, nie zajęło się u nas dotychczas ani ustawodawstwo, ani też społeczeństwo. Jeżeli zaś zważymy, że właśnie wśród tej warstwy społecznej, jako najmniej uświadomionej, choroby płciowe podczas przeżywanego dzisiaj kataklizmu dziejowego wzmogą się i odsetek wiewiórem dotkniętych kobiet z łatwo zrozumiałych przyczyn wzrośnie niepomiernie, to obowiązkiem naszym jest pamiętać o noworodkach, zrodzonych z tych matek i narażonych na utratę wzroku. Obowiązkiem naszym jest to nietylko z punktu widzenia ludzkości, lecz także z punktu widzenia społecznego. Dążyć bowiem powinniśmy do tego, by na naród nietylko nie wkładać ciężaru utrzymania całego zastępu ociemniałych, lecz przeciwnie, by mu przysporzyć ludzi zdrowych i zdolnych do pracy.

Proponowałbym dlatego doraźne zapoznanie szerokich warstw naszej ludności zapomocą odpowiednio zredagowanych odezw o niebezpieczeństwach i groźnych skutkach śluzoropotoku u noworodków. Dalej uznałbym za wskazane, idąc za przykładem całego szeregu państw i za propozycyą, postawioną już w r. 1903 przez Rosnera, ciągłe i stałe zapoznawanie rodziców każdego nowonarodzonego dziecka zapomocą odpowiednio ułożonych pouczeń o groźnych następstwach śluzoropotoku. Pierwszy rodzaj odezw trzebaby rozrzucić po kraju w tysiącach odbitek, by nietylko naczelnicy gmin o nich wiedzieli, lecz by nie brakło ich w żadnej chacie. Drugie, idąc za wnioskiem Rosnera, radziłbym wręczać za pośrednictwem księdza rodzicom przy chrzcie dziecka. Wśród tych sfer właśnie, o które nam w tej chwili chodzi, stara się rodzina o chrzest zwykle jak najprędzej. I sądzę, że dzieci, u których jużby nawet wybuchło zapalenie wiewiórowe spojówek, jeszcze na czas mogą być dzięki tym odezwom skierowane do lekarza i uratowane od takiego kalectwa, jakiem jest ślepota.

Odezwy te, ułożone w formie pouczeń, powinnyby brzmieć mniej więcej następująco:

»Wielka ilość nowonarodzonych dzieci zapada na zapalenie oka lub oczu. Choroba ta, nie leczona lub zapóźno leczona, wiedzie niezmiernie często do ociemnienia. Wystąpieniu choroby, a więc i ociemnieniu, można na pewne zapobiedz, jeżeli przed wystąpieniem choroby zapuści się do oczu dzieciom odpowiednie lekarstwo (10% protargol). Z rozkazu rządu wszystkim dzieciom, rodzącym się pod opieką lekarza lub akuszerki, zakrapla się oczy tem lekarstwem zaraz po urodzeniu, dzięki czemu na miliony dzieci żadne na żadną chorobę oczu ani na osłabienie wzroku nie zapada. Rodzice każdego nowonarodzonego dziecka mają przeto obowiązek postarać się o to, iżby jak najrychlej po porodzie zakroplono do oczu dziecka zapobiegające chorobom lekarstwo. — Kto tego nie uczyni, naraża dziecko na oślepnięcie, bierze więc na swoje sumienie bardzo ciężką odpowiedzialność.

Każda akuszerka i każdy doktór ma to lekarstwo.

Jeżeliby choroba już wystąpiła, co poznać można po tem, że oko czerwienieje, powieki puchną, dziecko oczu otworzyć nie może, a z pomiędzy powiek wydobywa się mętna ciecz lub ropa (materya), należy natychmiast postarać się o to, żeby doktór mógł zacząć leczyć dziecko. Spóźnienie choćby kilkugodzinne może pociągnąć za sobą takie pogorszenie choroby, że uratowanie wzroku stanie się niemożliwem.

Choroba jest zaraźliwa, i tak z jednego oka na drugie, jak i z dziecka na oczy innej osoby przenieść się może.

Oślepnięcie jest jednem z największych nieszczęść i nikt nie zechce narażać na nie swojego własnego, bezbronnego nowonarodzonego dziecka. Każdy przeto uczciwy i rozumny człowiek zastosuje się do tych wskazówek«.

Oprócz tego pouczenia powinno być wydane drugie obszerniejsze, tłómaczące istotę choroby, dla użytku osób, powołanych do niesienia kultury sanitarnej we wsi polskiej.

Nie łudźmy się, że środkami tymi w zupełności usuniemy niebezpieczeństwo utraty wzroku skutkiem wiewióra w naszym kraju. Znając psychologię naszego ludu, u którego gusła i znachorzy większe mają znaczenie, niż drukowana odezwa, którą lud z niedowierzaniem do rąk bierze i czyta, o ile wogóle czytać chce i umie, nie możemy się spodziewać, byśmy społeczeństwo uwolnili tak rychło od groźnych następstw wiewiórowego zapalenia spojówek. Przecież jednak choćby tylko niewielki wynik osiągnąwszy w przyszłości, będziemy mieć to wewnętrzne poczucie, że w granicach naszych sił i środków dążyliśmy do zwalczania tego strasznego w skutkach cierpienia.

O stosowaniu arthigonu przy wiewiórowem zapaleniu stawów

podał

Dr Zygmunt Dziembowski jun.

z Poznania.

W ostatnich latach stosujemy w leczeniu wiewióra arthigon, szczepionkę, podaną przez prof. Brucka z Wrocławia. W tym czasie wielu autorów pisało o znaczeniu tego środka nietylko pod względem leczenia, ale także i rozpoznawania zachorzeń, wywołanych przez dwoinki wiewiórowe. Sprawa ta zainteresowała nietylko dermatologów, lecz również internistów, okazało się bowiem, że właśnie przy wiewiórowem zapaleniu stawów stosowanie szczepionki Brucka dawało wyniki nader dobre. Specyalnie z punktu widzenia internisty chciałbym pomówić o tej sprawie.

Początkowo stosowano szczepionkę Brucka w ten sposób, że wstrzykiwano ją w mięśnie przy różnych chorobach, wywołanych przez dwoinki wiewiórowe. Wszyscy badacze niemal bez wyjątku stwierdzili, że arthigon w przypadkach zapaleń stawów lub zapalenia najądrza działa bardzo korzystnie. Natomiast skuteczność tego środka przy zapaleniu sterczu (prostatitis), sromu i pochwy oraz przy tryprze szyjki macicy, nie była tak wyraźna, a przy tryprze cewki moczowej nie wywoływał arthigon wcale polepszenia. Szczepionka Brucka okazała się wogóle nieszkodliwą, i tylko w niektórych przypadkach spostrzegano skutki niepożądane. Tak n. p. spostrzegał Föckler zaraz po pierwszem wstrzyknięciu arthigonu w mięśnie napady, podobne do padaczki, Fischer zaś w jednym przypadku stwierdził groźne objawy, wywołane, jego zdaniem, przez ujemne działa-

nie arthigonu na mózg. Zresztą innych objawów, przeciwwskazujących używanie arthigonu, nie zauważono.

Leczenie wiewiórowych zapaleń stawów zapomocą owej szczepionki przeprowadzano pierwotnie w sposób następujący: Jedni autorowie radzili, żeby odczekać zupełnego opadnięcia gorączki i dopiero wtedy rozpocząć wstrzykiwania; inni zaś uważali to za niepotrzebne i stosowali arthigon bez względu na gorączkę. Wstrzykiwano w mięśnie za pierwszym razem 0,5 cm^3; w 2—3 dni później, skoro gorączka, wywołana przez wstrzyknięcie, minęła, wstrzykiwano dwa razy tyle, a więc 1,0 cm^3, potem 1,5 cm^3 i tak dalej aż do 2,5 cm^3. Jeżeli po wstrzyknięciu ciepłota znaczniej się podniosła i nastąpiły silne objawy ogólne, jak np. zwracanie, ból głowy i osłabienie, to za następnym razem dawki nie zwiększano, lecz powtarzano raz jeszcze tę samą dawkę. Jak to wykazuje piśmiennictwo, wynik tego leczenia był bardzo zachęcający. Ja także stosowałem swego czasu arthigon w ten sam sposób, zawsze z dobrym skutkiem.

Jak już wyżej powiedziałem, miała szczepionka Brucka oddać usługi nietylko jako środek leczniczy, lecz także rozpoznawczy. Przyjrzyjmy się bliżej, co sądzić o tej sprawie. Wstrzyknięcie arthigonu w mięśnie wywołuje podniesienie się ciepłoty taksamo u ludzi zdrowych, jak i u ludzi, cierpiących na zachorzenia wiewiórowe jakiegobądź rodzaju. Atoli wszyscy prawie autorzy przekonali się, że u takich chorych wzrost ciepłoty był niewątpliwie daleko większy. Oprócz tego zauważył pierwszy Bruck, i to właśnie przy zapaleniu wiewiórowem najądrza i stawów, pewne zaostrzenie się objawów miejscowych po wstrzyknięciu szczepionki. Toż samo stwierdził przy zapaleniu wiewiórowem przydatków macicznych. Atoli objawy te nie występowały dość regularnie, by je uważać można za wskazówki rozpoznawcze niezawodne.

Przy dalszych badaniach działania arthigonu zaczęto stosować go śródżylnie, i niebawem doszli badacze do przekonania, że arthigon, stosowany w ten sposób, działa o wiele lepiej. Przyjrzyjmy się najpierw skutkom leczniczym, które osiągnięto zapomocą wstrzykiwania śródżylnego szczepionki Brucka. Pierwsi podjęli badania w tym kierunku Bruck i Sommer. Autorzy ci wstrzykiwali śródżylnie za pierwszym razem 0,1 cm^3 arthigonu, dodając fizyologicznego rozczynu soli kuchennej lub też wody aż do 0,5 cm^3; mniej więcej po 3—4 dniach, skoro odczyn minął, wstrzykiwali 0,2 cm^3, a za następnym razem, znów po 3—4 dniach — 0,3 cm^3 i tak dalej, dodając zawsze rozczynu soli kuchennej lub wody aż do 0,5 cm^3. Jeżeli odczyn po wstrzyknięciu był nader silny, wówczas nie podwyższano następnej dawki, lecz jeszcze raz wstrzykiwano tęsamą, co poprzednio. Po pierwszych wstrzyknięciach podniesienie się ciepłoty było zazwyczaj bardzo znaczne, lecz przy następnych odczyn ten nie był już tak silny. Nieraz po pierwszem zastosowaniu arthigonu ciepłota podnosiła się bardzo wysoko, po wstrzyknięciu następnem nie podnosiła się jednak wcale. Sam spostrzegałem to niejednokrotnie. Nadmienić przytem trzeba, że im znaczniejszy był wzrost ciepłoty, tem dodatniejszy był wynik leczenia. W tych zwłaszcza przypadkach, w których ciepłota dwa razy się podnosiła, a o których pomówimy jeszcze, działanie środka było najbardziej widoczne i dodatnie. Bruck i Sommer wykazali w swej statystyce, że przez stosowanie śródżylne arthigonu, zwłaszcza przy wiewiórowem zapaleniu stawów i najądrza, skutki były jeszcze lepsze, aniżeli po wstrzykiwaniach szczepionki w mięśnie. Zazwyczaj po pierwszem wstrzyknięciu śródżylnem następowało w przypadkach, opisanych przez tych autorów, lekkie zaostrzenie objawów miejscowych, które atoli wkrótce mijało. Skoro zaś minęło, wówczas następowało polepszenie; ustawała mianowicie bolesność stawów, a wysięk i obrzęk zmniejszały się widocznie. Sądząc z własnych doświadczeń, muszę przyznać zupełną słuszność tym autorom. Stosowałem w wielu przypadkach arthigon podług przepisu Brucka i Sommera śródżylnie i doszedłem do tego samego przekonania, co oni. W dwóch przypadkach atoli zawiódł mnie środek ten zupełnie, a mianowicie u dwóch kobiet, u których w śluzie, pochodzącym z szyjki macicznej, stwierdzić było jeszcze można gonokoki. Atoli zaznaczam, że zachorzenia stawowe u tych chorych (w jednym przypadku zapalenie kolana, w drugim zapalenie pochewek ścięgien ręki) już zupełnie przeszły były w okres przewlekły. Wysięku ani obrzęku nie było prawie wcale, natomiast stwierdzić było można zesztywnienie wskutek zrostów łącznotkankowych. Powrócę jeszcze później do tych przypadków. Jeżeli chorzy gorączkują, to zdaniem Brucka i Sommera arthigon nie jest przeciwwskazany. Autorzy ci bowiem stosowali środek ten śródżylnie pomimo gorączki bez objawów ujemnych, a raczej zawsze z dobrym skutkiem.

Leczenie wiewiórowych zapaleń stawów zapomocą szczepionki Brucka udoskonalił w dalszym ciągu Bardach. Autor ten wstrzykiwał arthigon śródżylnie w kilku przypadkach zapalenia najądrza i stawów, i to w sposób następujący. Stosował on dawki większe i wstrzykiwał regularnie co drugi dzień; szczepionkę rozcieńczał zawsze pięciokrotnie, a więc na jedną część arthigonu przypadało 5 części wody wyjałowionej. Pierwsze wstrzyknięcie wynosiło 0,2 arthigonu, drugie 0,4 cm^3, trzecie 0,6 cm^3, czwarte 0,8 cm^3, a wreszcie piąte 1,0 cm^3. Pomimo znacznie większych dawek nie spostrzegał Bardach nigdy złych skutków. Dreszczy znaczniejszych i bólu głowy nie stwierdzał, a na serce, obieg krwi i nerki dawki te nie działały ujemnie; natomiast skutki lecznicze były bezwarunkowo lepsze. Po wstrzyknięciu pojawiała się wprawdzie zawsze silna gorączka, i równocześnie wzmagały się dolegliwości w zachorzałym stawie, atoli wkrótce objawy te znikały, a natomiast następowało znaczne polepszenie pod każdym względem. Ostateczne zaś wygojenie zachorzałych stawów było o wiele wyraźniejsze, aniżeli bez stosowania szczepionki.

Nadmieniam, że Bardach wstrzykiwał nawet jeszcze większe dawki od powyż wymienionych. Stosował on 1,5 cm^3, 2,0 cm^3 oraz 2,5 cm^3 śródżylnie, rozcieńczając zawsze 1:5. Największa ilość płynu, którą w ten sposób śródżylnie wstrzyknął, wynosiła 12,5 cm^3. Natomiast inni badacze, a między nimi Lewinski, sprzeciwiają się temu sposobowi stosowania arthigonu, uważając go za niebezpieczny. Zwracają przytem uwagę, że chorzy z wadami narządów oddechowych i krążenia, niemniej osoby słabowite lub osłabione przez inne choroby, nie znoszą większych dawek arthigonu. Jestto zdanie słuszne, gdyż u osób tych odczyn ogólny bywa bardzo silny i osłabia ustrój niezmiernie. Ja sam spostrzegałem po wstrzyknięciu przyspieszenie i nierówność tętna oraz duszność, atoli objawy te nie były groźne. W każdym jednak razie nawet ci autorzy, którzy zalecają ostrożność, przyznają, że działanie arthigonu, gdy go stosujemy śródżylnie, jest nader dodatnie. Lewinski przekonał się nawet, że w takich przypadkach, w których przez wstrzykiwanie w mięśnie nie osiągnięto pożądanego skutku, stosowanie śródżylne natychmiast wywoływało polepszenie. Zdaniem Lewińskiego wystarcza atoli 0,025—0,05 za pierwszym, a 0,3—0,4 za ostatnim razem. Więcej, niż 3—5 wstrzyknięć według niego zazwyczaj wykonywać nie potrzeba.

Prócz wymienionych dotąd autorów sprawą tą zajmowali się także Steinitz, Hecht-Klausner, Papée, Göbel, Farkas, Tedesco, Schultz, Semenow i Boeters. Wszyscy ci autorzy zgodnie uznają, że arthigon działa bardzo korzystnie przy zapaleniu wiewiórowem stawów, jakoteż najądrza. Te dwa powikłania wiewióra najbardziej nadają się zatem do leczenia zapomocą tej szczepionki. Ale środek ten trzeba stosować rychło, bo w tych razach, w których cierpienie już przeszło w okres przewlekły, szczepionka nie działa już tak korzystnie.

O ujemnych stronach arthigonu, okazujących się zwłaszcza, gdy stosujemy go śródżylnie, wspominają Arnold i Hölzel. Stwierdzili oni lekkie zapalenie wsierdzia

po jednorazowem wstrzyknięciu 0,05 arthigonu. Ale dalsze wstrzyknięcia nie zaszkodziły wcale i choroba wkrótce minęła. Lewinski zaś spostrzegał w jednym przypadku po małej dawce arthigonu, wstrzykniętej śródżylnie, groźne objawy zapadu. Niejednokrotnie występowało oprócz tego po śródżylnem stosowaniu szczepionki nagle ostre zapalenie innego stawu lub pochewek ścięgien, jako też najądrza lub sterczu. Zachodzi to jednakże w każdym razie rzadko, a przedewszystkiem trudno tu osądzić, czy właśnie arthigon zawinił. Zdarza się atoli, że wyciek z cewki moczowej staje się obfitszy, a często gonokoki, których w nim stwierdzić już nie było można, znów się pojawiają. Nawet po wstrzykiwaniu w mięśnie można czasem objaw ten napotkać, lecz nie stanowi on powikłania szkodliwego, ani też niebezpiecznego. Nadmieniam tu także, że zapalenie wiewiórowe spojówki po wstrzyknięciu staje się nieraz nieco silniejsze, lecz w każdym razie nie potrzeba się tego obawiać. Zapalenie wiewiórowe spojówki nie stanowi przeciwwskazania dla stosowania arthigonu.

W każdym razie śródżylne wstrzykiwanie arthigonu stanowi postęp bardzo wielki w leczeniu wiewiórowych zapaleń stawów. Szczepionka ta działa tak korzystnie, że mojem zdaniem stosować ją należy w każdym przypadku. Na mocy doświadczeń własnych i przytoczonych doświadczeń wymienionych autorów zalecam też właśnie, by ją stosować śródżylnie. Jedynie u tych chorych, u których w narządach krążenia lub oddechowych znajdujemy zmiany chorobowe, nie należy arthigonu wstrzykiwać do żył, tylko w mięśnie. Taksamo u osób schorowanych i osłabionych. Początkowo zaleca się wstrzykiwać małe dawki według podanych powyżej przepisów Lewinskiego, jeżeli zaś środek okaże się zupełnie nieszkodliwym, wówczas można stosować dawki większe według przepisu Brucka i Sommera. Gorączka, jak to już zaznaczyłem, nie stanowi przeciwwskazania. Przeciwnie, nie radzę się ociągać ze stosowaniem arthigonu, gdyż w przypadkach znajdujących się w okresie przewlekłym, jak to wyłuszczyłem powyżej, szczepionka nie działa już korzystnie. Prócz arthigonu należy stosować naturalnie i inne środki, których dotąd przy zachorzeniach tych używano. W ostatnim czasie podnosił Renisch dodatnie skutki, które osiągał przez śródżylne wstrzykiwanie kollargolu przed śródżylnem wstrzykiwaniem arthigonu. Zauważył bowiem, że jeżeli się zastosuje arthigon dopiero po wstrzyknięciu kollargolu, to działa on z daleko jeszcze lepszym skutkiem. Na mocy własnych doświadczeń zalecam podawać przy zachorzeniach tego rodzaju równocześnie ze śródżylnem stosowaniem arthigonu optochinę »per os«. W jednym przypadku posocznicy wiewiórowej z groźnymi objawami septycznymi połączenie tych dwóch środków okazało się nader skutecznem. Stosowałem te dwa środki dlatego, że optochina, stosowana miejscowo przy wiewiórowem zapaleniu spojówki, działa bardzo korzystnie, coby dowodziło zabójczego działania optochiny na gonokoki.

Jak już powyżej powiedziałem, ma arthigon nietylko znaczenie lecznicze, ale także i rozpoznawcze. Jest to nader ważne, gdyż rozpoznawanie powikłań wiewiórowych niezawsze bywa łatwe. Bruck i Sommer podali dokładny opis odczynu, który następuje po wstrzykiwaniu śródżylnem arthigonu. Stosowali oni tę samą dawkę w celach rozpoznawczych, co przy leczeniu powikłań wiewiórowych, a więc 0,1 cm³. Zazwyczaj odczyn po wstrzyknięciu pojawia się bardzo prędko, najczęściej już w jakie $^1/_2$ godziny; dreszcz bywa zwykle najpierwszym objawem tego odczynu, potem pojawia się ból głowy, a czasem też mdłości i wymioty. Często spostrzegamy przytem uczucie osłabienia, dzwonienie w uszach, a od czasu do czasu bicie serca i przyspieszenie tętna. Podniesienie się ciepłoty stwierdzić można już wtedy, gdy chory skarży się na dreszcze. U osób, w których ustroju nie ma dwoinek wiewiórowych, ciepłota podwyższa się wprawdzie także, lecz nigdy ponad 1,5° C, natomiast u osób, chorych na wiewiór lub niewyleczone powikłania wiewióra, wzrost ciepłoty wynosi zawsze więcej, niż 1,5° C. Odczyn ten nie trwa zbyt długo; wkrótce bowiem występują poty, gorączka opada, i równocześnie mijają inne objawy. Często przebieg odczynu bywa tego rodzaju, że ciepłota wprawdzie obniża się albo zupełnie, albo tylko o 1°, ale następnie jeszcze w ciągu tego samego dnia, albo dopiero następnego, jeszcze raz się podnosi. Powód tego podwójnego podskoku ciepłoty (Doppelzacke) jest następujący: Skoro szczepionka dostanie się do krwi, wówczas nadwrażliwość ustroju chorego wskutek zakażenia gonokokami wywołuje wzrost ciepłoty. Atoli szczepionka w dalszym ciągu zabija znajdujące się w ustroju gonokoki, a uwolnione wtedy endotoksyny działają jakoby druga dawka szczepionki. Sam stwierdziłem niejednokrotnie ten znamienny rodzaj odczynu. We wszystkich przypadkach, w których odczyn taki się napotyka, zawsze muszą gdzieś w ustroju znajdować się dwoinki wiewiórowe. Znaczenie zatem tego odczynu dla rozpoznawania powikłań wiewiórowych w stawach, gdy dwoinek wiewiórowych stwierdzić już nie można w wydzielinie z cewki moczowej, jest bardzo doniosłe. Myślę więc, że można przyznać słuszność Bruckowi, który utrzymuje, że taki podwójny odczyn gorączkowy znaczy więcej od jednorazowego wzrostu ciepłoty i innych powyżej już opisanych objawów. Zaznaczam, że oprócz ważnej roli, którą ten podwójny podskok ciepłoty odgrywa pod względem rozpoznawania, ma on jeszcze pewne znaczenie pod względem rokowania, gdyż w takich razach stosowanie arthigonu zawsze miewa świetny skutek. Jak to już raz podniosłem, spodziewać się można dobrego wyniku leczenia zapomocą arthigonu także wtedy, jeżeli po pierwszem wstrzyknięciu wystąpi silny odczyn. Przypomnieć jeszcze muszę, że znaczenie dla rozpoznawania może mieć tylko odczyn, wywołany przez pierwsze wstrzyknięcie. Odczyn bowiem po następnych wstrzyknięciach bywa zawsze znacznie słabszy i dlatego znaczenia już mieć nie może. W piśmiennictwie opisano przecież nawet przypadki, w których z wszelką pewnością można było przypuszczać u chorego wiewiór, a pomimo to po arthigonie nie spostrzegano wcale żadnego odczynu; a to dlatego, że kiedyś poprzednio chorym tym już szczepionkę tę wstrzykiwano.

Oprócz odczynu ogólnego występuje, zwłaszcza przy wiewiórowem zapaleniu stawów, odczyn miejscowy. Wkrótce po wstrzyknięciu arthigonu skarżą się chorzy zazwyczaj, skoro podniesie się ciepłota, na zwiększoną bolesność w zachorzałych stawach. Mówiłem już o tem powyżej i zaznaczyłem tam, że to wzmożenie się dolegliwości mija prędko i wtedy następuje polepszenie. W przypadkach, w których sam stosowałem arthigon śródżylnie, zawsze prawie napotykałem ten miejscowy odczyn po pierwszem śródżylnem wstrzyknięciu, a nieraz nawet jeszcze po następnych wstrzyknięciach. Bezwarunkowo, jak to słusznie podnoszą Bruck, Sommer, Bardach i inni, stanowi tu śródżylne stosowanie szczepionki wielki postęp, gdyż odczyn miejscowy bezwarunkowo częściej i pewniej tu występuje. Ważnym jest też ten fakt, że przypadki zapaleń stawów, które już przeszły w okres przewlekły, nie dają takiego wyraźnego odczynu. Arnold i Hölzel, którzy w licznych przypadkach stwierdzili słuszność powyżej wymienionych spostrzeżeń, a mianowicie, że ciepłota po pierwszem wstrzyknięciu podnosi się o 1,5—4,5° C, jeżeli tylko w ustroju znajduje się ognisko wiewiórowe, widzieli w przypadku wiewiórowego zapalenia stawu biodrowego, trwającego blizko już cztery miesiące, wzrost ciepłoty tylko o 1°. Naturalną jest rzeczą, że w takich przypadkach, w których gonokoki już zginęły, odczyn miejscowy i ogólny nie pojawia się tak wyraźnie i znamiennie, jak w tych przypadkach, w których zapalenie ostre stawów jest wywołane przez jadowite dwoinki wiewiórowe.

Arnold i Hölzel zwracają uwagę na inne jeszcze bardzo ważne fakta, o których pamiętać trzeba, chcąc osądzić należycie wynik odczynu, mianowicie, że wiele innych

czynników przyczynić się może do dodatniego wyniku odczynu. Osłabienie ustroju z jakichbądź powodów przyczynia się znacznie do tego, że ciepłota po wstrzyknięciu jeszcze więcej się podnosi. U osób młodych, zwłaszcza słabowitych, a również u kobiet, może ciepłota po śródżylnem wstrzyknięciu 0,1 cm arthigonu podnieść się o 1,5° i więcej nawet, gdy nie ma dwoinek wiewiórowych w ustroju. Taksamo ma się sprawa u osób, dotkniętych przewlekłemi sprawami zakaźnemi, osłabiającemi ustrój; zwłaszcza na gruźlicę baczyć tu trzeba. Należy zatem baczyć na te czynniki i uważać także na to, czy inne objawy odczynu ogólnego, a mianowicie mdłości, wymioty, ból głowy — odpowiednio do wzrostu ciepłoty równie silnie występują. Stwierdziłem sam, wstrzykując kilkunastu kobietom, wolnym od wiewióra, 0,1 cm³ arthigonu śródżylnie, że niejednokrotnie ciepłota wzrastała o więcej, aniżeli 1,5°. Atoli inne objawy albo wcale nie wystąpiły, albo były tylko lekkie. Trzeba więc u tych osób dawkę odpowiednio zmniejszyć. Arnold i Hölzel podają tu następujące wskazówki. U mężczyzn zdrowych i silnych stosować należy 0,1 arthigonu, u zdrowych i silnych kobiet 0.05, ewentualnie 0,075 cm³. a u osób słabych lub cierpiących na wymienione powyżej cierpienia tylko 0.025 cm³. Do takich mniejszych dawek zniewalają nas też zresztą wymienione w ustępie o leczeniu ujemne strony arthigonu. Samo się przez się rozumie, że w takich razach, w których wogóle przeciwwskazane jest śródżylne stosowanie tej szczepionki, nie można też jej stosować w celach rozpoznawczych.

Mówiąc o arthigonie z punktu widzenia internisty, nie mogę pominąć znaczenia, które środek ten osiągnął pod względem rozpoznawania różniczkowego zapalenia kiszki ślepej. Odróżnienie tego cierpienia od zapalenia wiewiórowego przydatków macicznych u kobiet często bywa zadaniem trudnem. Odczyn miejscowy, wywołany przez śródżylne wstrzyknięcie arthigonu przy wiewiórowem zapaleniu przydatków macicznych, może w tych przypadkach oddać ważne usługi i wykluczyć w rozpoznaniu zapalenie wyrostka robaczkowego.

W końcu pragnąłbym przytoczyć inne jeszcze powikłania wiewiórowe, które, choć względnie mało dotąd znane, zainteresować powinny tak internistów, jak i chirurgów. Mam tu na myśli trzy rodzaje zachorzeń, a mianowicie zwyczajne zapalenie okostnej, zapalenie okostnej z przerostem i zapalenie szpiku kostnego, które to cierpienia mogą być wywołane przez dwoinki wiewiórowe. W ostatnim czasie P. Berten podał dokładniejszy opis tych trzech cierpień. Pierwsze z nich, a więc zwyczajne zapalenie okostnej, wywołane przez wiewiór, sprawia jeden jedyny objaw, t. j. bolesność zachorzałej kości. Natomiast zapalenie okostnej przerostowe objawia się w ten sposób, że kość grubieje znacznie; zgrubienie to jest twarde, lecz prawie wcale nie bolesne. Najczęściej ulega mu kość piętowa, a zdarza się ono prawie wyłącznie u mężczyzn. Te dwa rodzaje wiewiórowego zapalenia kości zdarzają się nieco częściej od wiewiórowego zapalenia szpiku kostnego (osteomyelitis acuta blenorrhagica). Przy tem cierpieniu stwierdzić można zawsze gorączkę i inne objawy ogólnego ostrego zakażenia; bolesność zachorzałej kości bywa zawsze bardzo znaczna, a cała kończyna wogóle wygląda, jak przy ropowicy. Berten przypuszcza, że cierpienia te wywoływane bywają przez przerzuty dwoinek w kościach, a zatem wprost przez te drobnoustroje. Teorya Jaqueta i Jeanselma, którzy twierdzili, że powikłania te są wywołane przez uszkodzenie nerwów, nie utrzymała się. Berten nie ma własnego doświadczenia pod względem stosowania arthigonu w takich przypadkach i wogóle brak dotąd danych do osądzenia skuteczności arthigonu przy leczeniu tych powikłań wiewiórowych. W każdym jednak razie przypuszczać należy, że środek ten tu również się skutecznym okaże. Prawdopodobnie też i rozpoznawanie tych mało dotąd znanych cierpień zostanie wydoskonalone zapomocą wstrzykiwania arthigonu wedle powyżej podanych przepisów. Odczyn ogólny i miejscowy, w ten sposób wywołany, przyczyni się bezwątpienia do dokładniejszego stwierdzenia istoty tych chorób.

Piśmiennictwo. 1) C. Bruck i A. Sommer. Münch. med. Woch. 1913. Nr 22. 2) Bardach. Tamże, 1913. Nr 47. 3) Lewinski. Tamże, 1913. Nr 50. 4) Arnold i Hölzel. Tamże, 1914. Nr 38. 5) Renisch. Tamże, 1914. Nr 38. 6) Boeters. Deutsche med. Woch. 1914. Nr 39. 7) P. Berten. Gazette des hôp. 14 lutego 1914.

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia i syfilodologia.

Weiss. **Śródżylne leczenie szczepionką powikłań wiewiórowych.** (Wiener kl. Woch. 1916, 20). Zrazu stosował W. szczepionki (arthigon i gonargin) podskórnie, uzyskując skrócenie przebiegu powikłań wiewiórowych średnio o kilka tygodni. W ostatnich miesiącach stosował W. szczepionki wyłącznie dożylnie, wstrzykując arthigon kilkakrotnie (co trzeci dzień w dawce wzrastającej od 0·3 stopniowo za każdym razem o dalsze 0·3) i uzyskując wyniki jeszcze lepsze zarówno w wiewiórowem zapaleniu najądrza i stercza, jak i stawów. Tylko w przewlekłych zapaleniach pęcherza i miedniczek leczenie to było bezskuteczne. Zdaniem W., ostrzeżenia przed śródżylnem stosowaniem szczepionek, jako rzekomo niebezpiecznem, nie mają podstawy. r.

Doc. R. Müller i A. Weiss: **Leczenie powikłań wiewióra przez wywoływanie gorączki** (Wiener kl. W. 1916, 9). Na zasadzie spostrzeżenia, że szczepionki przeciwwiewiórowe, przedewszystkiem arthigon, wywołują odczyn gorączkowy i że skutek leczniczy stoi z tym odczynem w związku, doszli M. i W. do wniosku, że pewna część działania szczepionek zależy wyłącznie od tej gorączki odczynowej, a nie od swoistego ich działania. Wobec tego postanowili zastosować na próbę środki, wywołujące gorączkę, jak tuberkulinę (A. T. Kocha), mleko, nukleinian sodowy. Mleko wstrzykiwali, zaraz po przegotowaniu, w ilości 10 cm³. w mięśnie pośladkowe. W 2—4 godzin po wstrzyknięciu pojawia się w miejscu wstrzyknięcia ból, nieraz tak dotkliwy, że trzeba go uśmierzać morfiną (w dawkach po 0,02). Wkrótce potem pojawia się gorączka, średnio do 39° C., wyjątkowo do 40·4° C., dochodząca do szczytu po 6—10 godzinach. W razie wysokiej gorączki mogą się zdarzyć nudności i wymioty; w 2 przypadkach zdarzyła się biegunka; innych powikłań autorowie nie spostrzegali. Nukleinianu sodowego wstrzykiwali M. i W. po 20—30 cm³ w 10% rozczynie, w prawy i lewy pośladek po połowie. Następstwa po wstrzyknięciu nukleinianu są podobne, jak po wstrzyknięciu mleka, ale także samo wstrzyknięcie jest dla chorych przykre, czego przy mleku niema. Wstrzyknięcie mleka powtarzali M. i W. czterokrotnie w odstępach 2—3 dniowych. Nukleinian wstrzykiwali tylko 2, wyjątkowo 3 razy, ponieważ odnieśli wrażenie, że następne wstrzyknięcia nukleinianu chorzy gorzej znosili. — Postępowanie swoje stosowali M. i W. w 32 przypadkach zapalenia najądrza, 8 — zapalenia stercza, 2 — wiewiórowego zapalenia stawów, 3 — zapalenia okołocewkowego, 2 — bardzo gwałtownego wiewióra, oraz 4 — zwykłego wiewióra cewki bez powikłań. Ogólny wynik tych prób ujmują M. i W. w zdanie, że wstrzykiwania nieswoistych substancyi białkowatych wywołujących gorączkę, działają wybitnie leczniczo na rozmaite powikłania wiewióra. V.

Gans. **Badania wydzieliny cewki moczowej po śródżylnem wstrzyknięciu arthigonu dla stwierdzenia wyleczenia wiewióra** (D. m. W. 1916, 16). Bruck i Sommer podali w r. 1913, że po dożylnem wstrzyknięciu 0,1 arthigonu występuje odczyn gorączkowy u tych chorych, u których zakażenie wiewiórowe jeszcze nie wygasło; równocześnie zjawiają się na nowo dwoinki w wydzielinie cewki moczowej, jeżeli z niej poprzednio znikły, ale jeżeli wyleczenie nie jest jeszcze zupełne. — G., sprawdzając te badania, przekonał się, że odczyn gorączkowy jest w tych razach niestały, natomiast pewniejszą oznaką jest pojawienie się dwoinek w wydzielinie cewki (lub w nitkach moczu). Obecnie więc przed wypuszczeniem leczonego ze szpitala, aby sprawdzić, czy wyleczenie jest zupełne, postępuje G. w ten sposób: Jeżeli badanie wypływu z cewki resp. nitek w moczu

co do dwoinek przez 2 tygodnie daje wynik stale ujemny, wówczas przestaje się chorego leczyć i poleca się mu uczestniczyć w ćwiczeniach gimnastycznych, coraz forsowniejszych. Po 2—3 dniach wstrzykuje się do żyły rano 0,05 arthigonu. Jeżeli potem (do drugiego dnia) nie pojawią się dwoinki w wydzielinie, wstrzykuję się ponownie arthigon — 0,1 cm^3 i podrażnia cewkę miejscowo, wstrzykując do niej na 5—10 minut $1^1/_4$% rozczyn azotanu srebra z 2% perhydrolu. Jeżeli i potem badanie przez 3—4 dni nie wykrywa dwoinek, można przyjąć zupełne wyleczenie. — Postępowanie to wypróbował G. w 200 przeszło przypadkach. r.

Prof. Stern. **O wydzielaniu salwarsanu po wstrzykiwaniach zgęszczonych rozczynów do żył** (Dts. m. W. 1916 14). Badania przeprowadził S. u 200 chorych. Okazało się, że po wstrzykiwaniach rozczynów zgęszczonych wydziela się salwarsan z ustroju znacznie powolniej, niż po wlewaniach rozczynów słabszych. Większość doświadczonych autorów jest zdania, że skuteczność działania salwarsanu zależy przedewszystkiem od tego, jak długo salwarsan jako całość znajduje się we krwi wzgl. w sokach ustroju; stąd wynikałoby, że stosowanie rozczynów zgęszczonych jest lepsze od rozczynów słabych. Prócz tego ma wstrzykiwanie rozczynów zgęszczonych tę zaletę, że jest daleko od wlewań łatwiejsze dla lekarza praktyka, nie wymaga osobnego instrumentaryum, da się wykonać bez asysty, równie dobrze w klinice, jak w godzinie ordynacyjnej w domu lekarza, a można do niego użyć zarówno neosalwarsanu, jak salwarsanu sodowego (Salvarsannatrium). r.

Galewsky. **Opieka i leczenie żołnierzy wenerycznie chorych w szpitalach w kraju** (Gesellsch. f. Natur-u. Heilkunde, Drezno, 10. XI. 1915). Jak w dawniejszych, tak i w tej wojnie jest częstość chorób wenerycznych u żołnierzy niezmierna; przeważnie są to ludzie żonaci, co tem większe wzbudzać musi obawy ze względu na następstwa społecznohigieniczne. Leczenie powinno być wyłącznie szpitalne; wiewióra należy leczyć planowo i systematycznie słabymi, stopniowo wzmacnianymi rozczynami azotanu srebra według Neissera. Powikłania pęcherzowe i sterczowe leczy się zwykłą drogą przez miesienie i płukania. W leczeniu powikłań stawowych, zmian najądrza i sterczu doskonałe usługi oddaje szczepionka. Takiem leczeniem osiągnął Galewsky skrócenie czasu leczenia średnio na 35 dni, (w przypadkach niepowikłanych 27 dni, w powikłanych 47 dni).

Leczenie kiły jest rzeczą trudniejszą. Każdy przypadek świeżego zakażenia należy jaknajenergiczniej leczyć poronnie wstrzykiwaniami przetworów rtęci (10—12) i salwarsanu (3—6). a jeżeli możliwe, także wycięciem i wypaleniem wrzodu. Trudniej rozstrzygnąć, czy w drugim okresie należy stosować salwarsan, czy też wobec trudności energicznego leczenia tym środkiem i obawy neurorecydyw nie należy się ograniczyć wyłącznie do rtęci. Szczególnie zaś należy uważać, aby chorych, niedostatecznie leczonych salwarsanem, nie odsyłano na front.

Nadzwyczaj ważną rzeczą jest zapobiedz szerzeniu chorób wenerycznych przez powracających żołnierzy i zakażeniu ich rodzin. Oprócz środków, zastosowanych już w armiach niemieckich, zaleca G. gorąco utworzenie przychodni (miejsc porady), w którychby powracający z wojny żołnierze byli uświadamiani i pouczani, jak mają postępować i leczyć się, a przez które można będzie uzyskać kontrolę chorych żołnierzy, zapobiedz zakażeniu rodzin i następowym sprawom u zakażonych żołnierzy. r.

Prof. Rietschel. **Postępy w dziedzinie patologii i terapii przymiotu wrodzonego.** (Z. für ärztl. Fort. Nr 6—15. 1914). Początkowo istniały następujące poglądy na pochodzenie przymiotu dziedzicznego: 1). Przymiot może być przeniesiony na dziecko drogą zakażenia komórki rozrodczej czy to ojca, czy to matki (germinativ). 2). Przymiot może być przeniesiony na dziecko przez zakażone nasienie ojca. 3). Przymiot może się przenosić drogą łożyska matki. Później Kassowitz przypuszczał, że przymiot przenosić się może tylko pierwszym z tych sposobów. Dzisiaj przyjmujemy tylko przenoszenie się przymiotu drogą łożyska matki. Ten tylko sposób rzeczywiście dowiedziono, inne natomiast są możliwe, ale ich nie dowiedziono. Przenoszenie się przymiotu drogą zakażenia komórki rozrodczej nawet teoretycznie nie jest możliwe, gdyż krętek blady jest tak duży, że nie mógłby się pomieścić w komórce zarodkowej. Trzy okoliczności przemawiają za zakażeniem ze strony ojca: 1. rodzenie dzieci, dotkniętym przymiotem, przez matkę zdrową; 2. wpływ leczenia; 3. t. zw. przymiot »par conception«, polegający na tem, że matka może zostać zakażoną przez dziecko (»choc en retour«), przyczem bez wystąpienia objawów pierwotnych mogą naraz wystąpić u matki objawy przymiotu trzeciorzędnego. Przeciw zakażeniu ze strony ojca przemawia to, że wszystkie przypadki przymiotu wrodzonego można wytłómaczyć także zapomocą przejścia przymiotu z łożyska matki na dziecko, oraz że matki dzieci, dotkniętych przymiotem, są uodpornione przeciwko przymiotowi (prawo Collesa). Ostatnimi czasy dowiedziono, że nasienie i wydzielina gruczołu krokowego zawierać mogą krętki blade. Odczyn Wassermana u matek dzieci, dotkniętych przymiotem, daje wyniki dodatnie w 90—95%, a więc matki te według wszelkiego prawdopodobieństwa mają przymiot. Dzięki odczynowi Wassermana dał się wyjaśnić jeszcze jeden objaw. A mianowicie często u dzieci dopiero w 8—12 tygodni po urodzeniu występują widoczne objawy przymiotu. Objaśnić to należy tem, że pierwsze tygodnie po urodzeniu są okresem wylęgania się przymiotu. Jeżeli przyjmiemy, jako prawidło, zarażanie się drogą łożyska matki, to dziecko w każdym czasie może dostać przymiotu. Najwięcej jednak na zakażenie wystawione jest dziecko podczas porodu, kiedy łożysko się oddziela i kiedy powstaje możliwość mieszania się krwi płodu z krwią matki. Po urodzeniu się przebywa dziecko przymiot w postaci utajonej i dopiero po pewnym czasie występują objawy właściwej choroby. U tych pozornie zdrowych dzieci w okresie wylęgania się przymiotu nie ma odczynu Wassermana. Odczyn ten występuje wraz z pojawianiem się objawów przymiotu. Zupełnie podobnie zachowuje się odczyn Wassermana przy przymiocie nabytym. Odczyn występuje tutaj pod koniec okresu pierwszego, albo podczas okresu drugiego. Jak pogodzić z tem prawo Collesa? O ile przyjmiemy, że matka dziecka, dotkniętego przymiotem, również jest dotknięta przymiotem, co jest najprawdopodobniejsze, i że zakażenie u niej nastąpiło drogą łożyska, a przymiot przytem u matki przebiega w postaci utajonej, to tem rozwiążemy wszystkie zagadnienia sporne. Do tej patologii przymiotu powinno być zastosowane i leczenie. W pierwszej linii leczyć będziemy dziecko i matkę, bez względu na to, czy matka ma objawy przymiotu, czy też nie, o ile dziecko jest dotknięte przymiotem. W drugiej linii leczyć będziemy ojca. Leczyć będziemy tak salwarsanem, jak i rtęcią. Salwarsan stosujemy śródżylnie. Wstrzykujemy 5% salwarsan, używając przytem do sporządzania rozczynu wody świeżo przekroplonej, gdyż nieświeża nie jest obojętną wogóle dla człowieka, a szczególnie dla niemowlęcia. Stosujemy początkowo 0,05 g., powoli przechodząc do 0,1. Większej dawki nie stosujemy. Lżejsze przypadki dobrze się leczą rtęcią (protojoduret., hydrarg. jodat. flavum 1—2 cg. dziennie w proszku). Leczenie rtęcią stosujemy 6—8 tygodni. Ciężkie przypadki przymiotu (pęcherzyca, zmiany w narządach i t. d.) leczymy rtęcią i salwarsanem, mianowicie podczas leczenia rtęcią stosujemy 1—3 wstrzyknięć salwarsanu 0,05—0,1 w przerwach tygodniowych. Najważniejszem jest jednak w leczeniu przymiotu wrodzonego konsekwentne powtarzanie leczenia przez szereg lat. To jest wprost konieczne i daleko ważniejsze, niż sprawa wyboru środka leczniczego. W pierwszych trzech latach życia należy przeprowadzić 6—7 kuracyi. Lepiej jest przytem poddać dziecko sześciokrotnemu leczeniu rtęcią, niż dwukrotnemu leczeniu salwarsanem. O wyleczeniu można mówić wtedy, kiedy od drugiego lub trzeciego roku życia przy długotrwałej obserwacyi odczyn Wassermana wypada ujemnie. Rokowanie co do życia nie jest złe; rokowanie co do wyzdrowienia nie pocieszające. Müller podaje, że na 50 dzieci dotkniętych przymiotem, poddanych leczeniu, $^1/_3$ zdrowieje, $^1/_3$ staje się idyotami, a $^1/_3$ słabo się rozwija. Tadeusz Kon.

Mettenheimer: **Przymiot ukryty w wieku osesków i w wieku dziecięcym.** (Z. für ärztl. Fort. Nr 10, 1914). U dzieci może przymiot przebiegać jawnie lub skrycie. Przymiot ukryty może wystąpić w postaci przemijającej lub długotrwałej. W pierwszym przypadku u pozornie zdrowych osesków występują typowe objawy przymiotu i rozpoznanie nie przedstawia trudności. Czem wcześniej nastąpiło zakażenie w łonie matki, tem wcześniej wystąpią objawy chorobowe u noworodka. Wystąpienie objawów przymiotu w 4.—6. tygodniu życia świadczy, że zakażenie nastąpiło podczas rozwiązania. Inna część dzieci jest pozornie wolną od przymiotu do 8. roku życia. Wtedy dopiero występują objawy, charakterystyczne dla kiły późnej. To późne występowanie przymiotu należy uważać za nawrót przymiotu, przebytego w łonie matki lub zaraz po narodzeniu się dziecka, albo objaśnić je należy tem, że tylko nieliczne krętki przeszły z matki na dziecko: wymagają one wtedy dla swego rozwoju bardzo długiego okresu czasu. Inne dzieci są wolne od objawów przymiotu aż do okresu rozwoju płciowego i tylko dodatni odczyn Wassermana świadczy o tem, że dzieci te są dotknięte przymiotem. Nakoniec zdarzają się dzieci, u których odczyn Wassermana wypada ujemnie, pomimo, że u ich matek

jest on dodatni. Dzieci te zatrzymują się w rozwoju, są źle odżywione, co należy położyć na karb przymiotu. Odczyn Wassermana po pewnym czasie wypadnie u nich dodatnio. Rozpoznanie ukrytego przymiotu sprawiać może znaczne trudności. Odczyn Wassermana nieraz, choć nie zawsze, będzie tu pomocny. Odczyn ten wypada wtedy dodatnio, jeżeli gdziekolwiek w ustroju znajdują się żywe krętki. U osesków odczyn Wassermana wypada często ujemnie, pomimo że należy je uważać za dotknięte przymiotem. Zdarza się i tak, że u osesków odczyn Wassermana wypada dodatnio, a przymiot u nich później nie występuje. Objaśniamy to tem, że w tych przypadkach pewne substancye, a nie same krętki, przechodzą z ustroju zakażonych matek do ustroju dziecka; ciała te potem znikają. Jak wogóle, tak i u osesków ujemny odczyn Wassermana jeszcze sprawy nie rozstrzyga: należy go kilkakrotnie powtarzać, co jednak u osesków, szczególniej w praktyce prywatnej, wykonać bardzo trudno. Dlatego też musimy się posiłkować innymi sposobami rozpoznawczymi, ażeby przymiot wcześnie rozpoznać. O ile istnieją objawy przymiotu u rodziców dziecka, a przedewszystkiem u matki, to możemy prawie zawsze powiedzieć, że i noworodek jest dotknięty przymiotem. Jedynie, jeżeli matka uległa zakażeniu 6—8 tygodni przed porodem, to dziecko zwykle nie ma przymiotu. Tosamo zdarza się, jeżeli matka jest już długo chora na przymiot, nawet jeśli odczyn Wassermana wypada u niej dodatnio. Jeżeli matka jest zdrowa, a ojciec jest chory na przymiot, to niema to praktycznego znaczenia, gdyż w tych przypadkach płód ginie przed porodem. Bardzo podejrzane są kilkakrotne poronienia, znaczna śmiertelność w rodzinie. Mylą się lekarze, przypuszczając, że poronienie, następujące po długotrwałem leczeniu ojca, nie jest przymiotowego pochodzenia. Jeżeli pozornie zdrowe dziecko ma rodzeństwo, to należy i to rodzeństwo poddać próbie Wassermana. Dodatni odczyn wskaże nam dalszą drogę postępowania. Dokładne anatomiczne zbadanie pępowiny i łożyska w kierunku swoistych zmian w naczyniach i obecności krętków ułatwi rozpoznanie przymiotu ukrytego.

Zmiany przymiotowe w pewnych rodzinach zwykle sadowią się w jednych i tych samych narządach, n. p. w narządzie wzroku, w układzie nerwowym i t. d. Objaśnić to należy dziedzicznem osłabieniem i brakiem odporności, usposobieniem ze strony tych narządów. Najbardziej podatne na przymiot są narządy o wielkich zadaniach czynnościowych: kości, skóra, wnętrzności. Barwa powłok skórnych dziecka, dotkniętego przymiotem, jest bronzowawa, lub szaro żółtaczkowa, podobnie, jak u dzieci dotkniętych posocznicą. Powiększona, twarda śledziona z jednoczesnem powiększeniem wątroby i gruczołów limfatycznych w rozmaitych okolicach ciała (przedewszystkiem w przegubach pachwinowych i łokciowych) przemawia bardzo za przymiotem. Jeżeli kilkomiesięczne dziecko jest niespokojne, bezustannie krzyczy, szczególniej przy ruchach i dotykaniu się stawów, jeżeli cera jego jest charakterystycznie blada, gruczoły pachwinowe powiększone, a rentgenogram kości przedramienia wykazuje przytem typowe zmiany okostnej i chrząstek, jako źródło bólu, to właściwe rozpoznanie jest łatwe, nawet, jeżeli odczyn Wassermana wypadnie ujemnie. Leczenie rtęciowe da wtedy uderzające wyniki i upewni rozpoznanie. W 40—80% przypadków przymiotu wrodzonego u osesków znajdujemy zapalenie nn. wzrokowych, którego wczesne rozpoznanie i leczenie ma doniosłe znaczenie. Rzadziej spotykamy kiłowe zapalenie naczyniówki, przy którem dno wygląda, jak gdyby posypane solą i pieprzem. Z takiego obrazu dna oka autor rozpoznał przymiot u 5-miesięcznego dziecka z objawami spastycznymi w obydwu kończynach, z zupełną niemożnością połykania, przy ujemnym odczynie Wassermana. W rdzeniu przymiot występuje w postaci mnogich ognisk, których następstwem jest porażenie kurczowe lub objawy wiądu; przymiot w mózgu wywołuje zapalenie mózgu i opon (meningoencephalitis), a kilaki wywołują porażenie dziecięce z napadami drgawek: w płynie mózgowo-rdzeniowym znajdujemy przytem znaczną ilość białka i pleocytozę. Z samego jednak zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego rozpoznawać przymiotu nie możemy. Często oseski i dzieci cierpią na tle przymiotu na rozmaite zaburzenia trawienia w postaci przewlekłego nieżytu jelit w połączeniu z krwotokami. Jeżeli przy tych nieżytach nie zastosujemy leczenia swoistego, dzieci takie giną. U dzieci dotkniętych przymiotem znajdujemy w drugim roku życia na siekaczach i zębach trzonowych objaw Hutchinsona. Często też zdarza się miąższowe zapalenie rogówki, nieraz ogłuchnięcie na tle swoistem. U dzieci, dotkniętych przymiotem w tym wieku, oprócz płaskiego siodełkowatego nosa, oprócz blizn, przechodzących z błony śluzowej ust na skórę i t. d., znajdujemy nieraz wysięki w obu stawach kolanowych. Te zmiany w stawach zwykle są brane za zmiany gruźlicze i jako takie leczone, ale bez żadnego skutku, aż nie zostanie zastosowane leczenie swoiste. Z kości przedewszystkiem bywają zajęte kości piszczelowe. Pod wpływem przymiotu cały ustrój zatrzymuje się w rozwoju. Oseski dotknięte przymiotem zwykle wyglądają starczo. Pospolicie uważa się za przyczynę tego przewlekłe nieżyty jelit, niewłaściwe odżywianie, zapominając o właściwej podstawie tych stanów. Dzieci te później albo zatrzymują się w rozwoju płciowym, albo przedwcześnie dojrzewają. Charakter tych dzieci bywa niestały, w późniejszych latach, w okresie samodzielnego myślenia i działania, dzieci te są niezrównoważone i łatwo ulegają ujemnym wpływom, niektóre zaś tępieją umysłowo zupełnie. Wątłość ustroju dzieci, dotkniętych przymiotem, przejawia się i w tem, że dzieci te są mało odporne i łatwiej podlegają chorobom zakaźnym.

Wczesne rozpoznanie ukrytego przymiotu jest ważne ze względu na możliwość udzielania się przymiotu otoczeniu. Zdrowa mamka nie powinna karmić dziecka z ukrytym przymiotem. Matka tego dziecka może je karmić dlatego, że sama ma przymiot w postaci ukrytej. Naodwrót mamki z ukrytym przymiotem nie powinny karmić zdrowych dzieci. U mamek nietylko kilkakrotnie należy wykonać próbę Wassermana, o ile odczyn wypada ujemnie, ale należy je także poddawać dokładnemu badaniu klinicznemu. Dla dziecka wczesne rozpoznanie ma doniosłą wagę z tego względu, że można wtedy wcześnie zastosować leczenie swoiste. Co się tyczy wystawiania świadectwa mamkom, to autor radzi w celu uniknięcia wszelkich ewentualności pisać w świadectwie, że badanie w danym dniu nie wykazało żadnych danych, na którychby można oprzeć rozpoznanie przymiotu.

Leczenie ukrytego przymiotu u osesków należy rozpocząć z chwilą rozpoznania. Leczenie to należy stosować bezpośrednio u oseska, a nie przez pośrednictwo ustroju matki. O ile matka jest zakażona, należy starać się, ażeby przez pewien szereg lat nie nastąpiło zapłodnienie, dopóki chora nie odbędzie dostatecznej liczby kuracyi. Jeżeli zapłodnienie nastąpiło, należy rozpocząć szybkie i energiczne leczenie. Salwarsan jest przy tem skuteczniejszy od rtęci. Leczenie u dzieci, podobnie jak u ludzi starszych, należy stosować przez szereg lat. Tadeusz Kon.

Prof. Citron. **Postępy w leczeniu przymiotu**. (Zeit. f. ärztl. Fort. 1914 Nr 7). Główną zaletą wczesnego rozpoznania przymiotu jest zastosowanie wczesnego leczenia. Leczenie to polegać powinno na stosowaniu rtęci w postaci wstrzykiwań kalomelowych i wstrzykiwań salwarsanowych wraz z usunięciem chirurgicznem ogniska pierwotnego. Wynikiem takiego leczenia bywa to, że nie występują drugorzędne objawy przymiotu i odczyn Wassermana długo wypada ujemnie. Metoda leczenia jest następująca: Przez pierwsze 14 dni stosować należy tylko rtęć, a potem dopiero salwarsan. Probierzem skuteczności leczenia jest nietylko brak objawów skórnych, ale i odczyn Wassermana. Energicznem leczeniem nazwiemy takie, kiedy w przeciągu 5—6 tygodni stosujemy wstrzykiwania kalomelowe, stosując jednocześnie 2—3 wstrzyknięcia salwarsanu. Leczenie powinno trwać 4—5 tygodni. Niedostatecznem będzie leczenie, trwające poniżej 4 tygodni. Wyniki tych metod leczenia są następujące: przy energicznem leczeniu 62%, przy prawidłowem 32%, a przy niedostatecznem 14% daje ujemny odczyn Wassermana. Salwarsan stosować należy dożylnie w odstępach czasu 10—14-dniowych: u mężczyzn 0,3—0,4, u kobiet 0,2—0,3 na wstrzyknięcie; u dzieci nie przekraczać 5 mg. na kilogram wagi. Ten sposób leczenia, o ile poprzedziło go jeszcze stosowanie rtęci, przy użyciu świeżo przekroplonej i wyjałowionej wody nie daje żadnych ubocznych odczynów. Objawy nerwowe (neurorecydywy), które występują w $1\frac{1}{2}$—2 miesięcy po zastosowaniu salwarsanu, n. p. zmiany n. słuchowego, labiryntu, zawroty głowy, zapalenie n. wzrokowego, porażenie twarzy, porażenia nerwów mięśni ocznych, należy rozpatrywać jako nawroty przymiotowe; ustępują one po zastosowaniu ponownie energicznego leczenia rtęcią. Tych objawów nie należy utożsamiać z objawami, powstałymi wskutek zatrucia salwarsanem. Do objawów zatrucia należą: parestezye, bóle głowy, wymioty, napady drgawek, utrata przytomności, w końcu śmierć. Sekcya wykazuje obrzęk mózgu, punktowate wybroczynki w korze mózgowej, zmiany miąższowe w nerkach. W celach leczniczych należy stosować upust krwi z żyły, wstrzykiwania soli kuchennej i adrenalinę. Postępy w leczeniu przymiotu polegają nietylko na leczeniu wczesnych przypadków, ale i przypadków, rozpoznawczo niejasnych (choroby tętnicy głównej, choroby mózgu i wątroby) oraz przypadków bez widocznych objawów przymiotu (lues asymptomatica), których nie można było rozpoznać przed wprowadzeniem odczynu biologicznego.

Leczenie objawowe, zastosowane dopiero po wystąpieniu objawów ze strony skóry i błony śluzowej, niema znaczenia. Najlepszym tego dowodem jest wielka ilość zachorowań narządów wewnętrznych na przymiot późny. U osób dotkniętych przymiotem późnym odczyn Wassermana wypada dodatnio. Leczenie biologiczne według Citrona polegać powinno na zniszczeniu w ustroju krętka bladego. Do tego celu wiedzie salwarsan i rtęć, które w dostatecznie dużych ilościach i dosyć długo stosowane być powinny; ale i bez zastosowania jodu trudno się obejść, szczególniej w okresie trzeciorzędnym.

Fakt, że salwarsan leczy przymiot, stoi dziś poza dyskusyą: przemawiają za tem wyniki kliniczne i biologiczne. Jednoczesne stosowanie rtęci i salwarsanu przyspiesza leczenie. Ludzie z ciężkiemi chorobami nerek, z piersiowemi chorobami ostremi, jak nieżyt płuc i t. d., nie powinni być leczeni salwarsanem ze względu na ciężkie uboczne działanie salwarsanu w tych przypadkach. W przypadkach kiły późnej należy stosować salwarsanu 0·6 na dawkę. Odczyn Wassermana dodatni świadczy o tem, że przymiot jest w postaci czynnej. Można uważać chorego za wyleczonego z przymiotu wtedy, jeżeli nie ma już żadnych objawów chorobowych, jeżeli odczyn Wassermana wypada ujemnie, jeżeli płyn, uzyskany przy nakłuciu lędźwiowem, jest prawidłowy, jeżeli ten stan przy ścisłej kontroli okazuje się stałym. Tadeusz Kon.

Brodfeld. **Stomatitis mercurialis.** (Med. Klinik 1914 Nr 12). Właściwie nie rozstrzygnięto jeszcze, dlaczego rtęć wywołuje zmiany zapalne w jamie ustnej. Jedni obwiniają o to sprawy zakaźne, inni podrażnienia chemiczne. Zapobiegawczo staramy się najpierw uporządkować uzębienie, przepisujemy płukania, pędzlowania i czyszczenie zębów pastami (givosan, albin, biox, pebe, saluferin i t. p.). W razie już istniejącego zapalenia stosujemy pędzlowanie 5% lapisem lub kwasem chromowym (następnie pilne płukanie, by kwas nie został połknięty). Lanz podaje w tym celu płukania sublimatem 1:4000. K.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

W sprawie zwalczania chorób wenerycznych w kraju.

Do »odbudowy kraju« należy: przedewszystkiem odbudować zdrowie ludności, należy rozszerzające się choroby stłumić i wykorzenić. Obecnie chorobami, rozszerzającemi się bardzo, są choroby weneryczne i gruźlica. Czynniki państwowe i samorządne już się ich zwalczaniem zajmują, nie będzie jednak zbędnem wypowiedzenie spostrzeżeń i doświadczenie poszczególnych lekarzy, by wspólnie ukuć z tego skuteczne przeciwdziałanie. Pracując w tej gałęzi medycyny, chciałbym podać, co następuje:

1. Utarte jest wśród ludności przekonanie, że choroby weneryczne przeszczepiają się tylko płciowo, ostrożności są tylko w tym kierunku przestrzegane. Doświadczenie z czasu wojny pouczyło mnie, że w Stanisławowie odsetek chorób wenerycznych, nabytych drogą pozapłciową, podniósł się do 10%. Odsetek ten co do wiewióra przed wojną równał się zeru, co do kiły ze względu na nagminne panowanie w okolicy wynosił 2%. Chorzy, zarażeni w ten sposób, są to z zawodu konduktorzy, kelnerzy, osoby, czynne przy kartach chlebowych, a szczególnie żołnierze. Zakażenie wiewiórem nastąpiło w niektórych przypadkach najprawdopodobniej przez dotknięcie ujścia cewki przy moczeniu zakażonymi palcami, zakażenie kiłą przez drapanie wskutek świerzbu lub wszy. Wrzody pierwotne spotykałem w różnych miejscach ciała, lub wcale nie można było wyśledzić drogi wejścia przy ogólnej już kile, której objawy chorzy brali za nieżyt krtani, lub krwawnice (hemoroidy) odbytu.

2. W wojnie światowej, jako wielkiej wędrówce ludów różnojęzycznych, porozumienie nierzadko jest bardzo trudne. Przykład: Kolejarze galicyjscy po powrocie z Węgier przywieźli stamtąd wiele chorób wenerycznych. Wprawdzie leczyli się oni tam, nie byli jednak pouczeni, na co się leczyli, nie byli objaśnieni o właściwościach swej choroby. Działo się to z powodu nieznajomości języka, boć przecie koledzy Węgrzy nie byli tak mało humanitarni, czy leniwi. Owóż chorzy ci po zniknięciu objawów widocznych uważali się za zdrowych. Zakwitło też w ich rodzinach od kiły i wiewióra; rozpoczynało się od żon, a kończyło na dzieciach. Przykro mi było nieraz badać całą chorą rodzinę, przykrzej słuchać wyrzutów pod adresem lekarzy. Jest to próbka tego, co będzie po wojnie, gdy chorzy wrócą do domów leczeni, a wcale nie wyleczeni.

Przeciwdziałanie według mego mniemania powinno objąć:

1. Pouczenie ludności o sposobie zakażenia się i właściwości chorób wenerycznych. Pouczenie takie powinno być przybite we wszystkich restauracyach, kawiarniach, kolejach, tramwajach. Pouczenie takie powinno być dawane w każdym szpitalu każdemu choremu i przez lekarza każdemu choremu w jego domu bez względu na to, czy jest wenerycznie chory, czy nie. Dla uproszczenia powinno być pouczenie wydrukowane na odwrotnej stronie recepty; druki takie powinny być tanio dostarczane lekarzom.

2. Żołnierze chorzy powinni być katalogowani, w razie analfabetyzmu i małej kultury powinni być nadzorowani przez władze po powrocie do domu.

3. Wszystkie kobiety nasze należy przygotować na walkę racyonalną z tą straszną plagą wojenną, aby na nią nie zapatrywały się, jako na zbrodnię złamania przysięgi małżeńskiej, ale jako na nieszczęście, ściśle złączone z wojną. Leczenie w rodzinie i ustrzeżenie jej członków od zakażenia będzie dokładne, pewne. Słowem rumieniec, który każdemu laikowi wytryskiwał na wspomnienie chorób wenerycznych, powinien zniknąć, a jego miejsce zająć świadome postanowienie walki z wrogiem ludzkości, słowem, czynem, jawnie i otwarcie.

9. III. 1916. Dr. Karol Poliwka (Stanisławów).

Do kolegów fachowych. Robienie szczepionki jest rzeczą nietrudną, a wymagającą tylko pracy umiejętnej. Za tę pracę musimy dobrze płacić innym, a moglibyśmy płacić sobie. Wiadomo, że arthigon kosztuje obecnie 14 kor. Wszak tu doprawdy chodzi tylko o flaszeczkę z korkiem i roztarcie hodowli gonokoków w trikrezolu, czy wogóle fenolu. Czy nie możnaby w pracowni Prof. Dra Nowaka w Krakowie lub Prof. Dra Panka albo Prof. Dr. Kučery we Lwowie wyrabiać takiej szczepionki? Koszta na flaszeczki i. t. d. możnaby pokryć wspólnym kosztem kolegów specyalistów. Ja chętnie jako udział daję 200 kor., które w razie nieudania się sprawy są niezwrotne i nikogo wiązać nie będą.

Tosamo odnosi się do próby Wassermana.

Proszę kolegów czynnie się wypowiedzieć, skoro Redakcya Przeglądu lekarskiego ogłosi tę moją propozycyę.

Dr. Karol Poliwka (Stanisławów).

W sprawie zwalczania chorób wenerycznych zgłosił w pruskiej Izbie Panów bar. Bissing (generałgubernator Belgii) następujące wnioski: 1) Rząd wstawi do budżetu odpowiednią kwotę na a) naukę o chorobach płciowych w seminaryach i szkołach wyższych dla duchownych i nauczycieli wszystkich kategoryi szkół ludowych, średnich i wyższych, b) wprowadzenie dermatologii i syfilidologii jako obowiązkowego przedmiotu do egzaminów lekarskich, c) systematyczne pouczanie uczniów i uczenic szkół wszystkich kategoryi przez osobno do tego przygotowanych lekarzy szkolnych i urzędowych, d) nagrodę konkursową na rozprawę: »Jaki wpływ mają choroby weneryczne na ruch ludności?«, e) subwencyonowanie Niemieckiego Towarzystwa zwalczania chorób płciowych. 2) Należy wprowadzić kary na osoby, które miały stosunek płciowy, chociaż wiedziały lub wiedzieć mogły, że są zakażone wenerycznie. r.

Angielska komisya rządowa dla zwalczania chorób wenerycznych proponuje następujące środki: Bezwzględne unieważnienie małżeństwa, jeśli jedno z małżonków jest chore na chorobę weneryczną, przyczem jednak dzieci takich małżeństw zachowują prawa dzieci ślubnych. Nałożenie na lekarzy obowiązku zawiadamiania rodziców w razie choroby wenerycznej narzeczonego. Pouczanie ludności w fabrykach, szkołach, w wojsku. r.

Pouczenie o chorobach płciowych wydał miejski **Urząd zdrowia w Krakowie** w sierpniu 1915. Pouczenie to dla ludności wiejskiej brzmi, jak następuje: »Do chorób płciowych zaliczamy: kiłę (czyli syfilis), wrzód miękki i rzeżączkę (wiewiór, tryper). Najniebezpieczniejszemi są kiła i rzeżączka; o nich też głównie mówi pouczenie. — Kiła pojawia się z reguły w postaci wrzodu lub płytkiej nadżerki na częściach płciowych, kilka lub kilkanaście dni po spółkowaniu z osobą zarażoną. W jakiś czas później, t. j. 4—8 tygodni, zjawia się wysypka na skórze, wrzodziki w jamie ustnej, około otworu stolcowego, na piersiach kobiet karmiących; owrzodzenia te są bardzo zaraźliwe. Ślina osób, mających takie wrzodziki w jamie ustnej, jest zaraźliwą; z tego powodu pocałunki takich osób są niebezpieczne; zarazić się także można, pijąc z naczyń źle umytych, używanych przez takie osoby zarażone, używając ich chustek do nosa, serwet, ręczników i t. d. Kiła trwa czasem przez szereg lat i prowadzić może w późniejszych okresach, szczególniej nie leczona, do głębokich wrzodów

na całem ciele, próchnienia kości, wyschnięcia mlecza pacierzowego i rozmiękczenia mózgu. Kiła udziela się potomstwu jako taka, albo kobiety zarażone ronią płody nieżywe, albo rodzą dzieci słabowite, dotknięte tąsamą chorobą, a takie dzieci zarazić znów mogą osoby, karmiące je piersią, w końcu choroba ta wpływa w ten sposób na potomstwo, że dzieci, zrodzone z rodziców obarczonych tą chorobą, stają się idyotami. — Wrzód miękki pojawia się w postaci wrzodu zwykle dosyć bolesnego, najczęściej na częściach płciowych, już parę dni po spółkowaniu z osobą zarażoną. Jednocześnie występuje obrzęk i bolesność gruczołów pachwinowych, t. zw. bubony; czasem przychodzi do zropienia tych gruczołów. W parę tygodni wrzód się oczyszcza, goi i zabliźnia, najczęściej nie pozostawiając poważniejszych następstw. — Rzeżączka objawia się w następnym dniu lub w parę dni po spółkowaniu z osobą zarażoną, pieczeniem w cewce moczowej, a następnie ropieniem z cewki i silnymi bólami przy oddawaniu moczu. Przy nieodpowiedniem leczeniu, lub złem zachowaniu się chorego wystąpić mogą powikłania, jak zapalenie pęcherza, jąder i najądrza, bardzo często gruczołu krokowego, w końcu choroba może się przeciągać, powodując nieraz zwężenie cewki wraz z trudnością oddawania moczu. Prowadzić może także do zaniku plemników i niepłodności męskiej. U kobiet choroba sadowi się najczęściej w części pochwowej macicy i przenieść się może na pochwę, wnętrze macicy, trąbki i jajniki, powodując ciężką niemoc, a w następstwie nierzadko bezpłodność. Spółkując w okresie choroby możemy tą samą chorobą zarazić drugą osobę. Wydzielina zakaźna z cewki moczowej lub pochwy, przeniesiona ręką na oko, wywołuje podobną chorobę oka, grożącą utratą wzroku. Rodząca, chora na rzeżączkę, może przy porodzie zarazić oczy noworodka. — Kto, będąc chorym na te choroby, spółkuje z osobą zdrową i w ten sposób świadomie naraża zdrowie bliźniego, ten popełnia zbrodnię, dopuszcza się bowiem ciężkiego uszkodzenia ciała drugiej osoby i może być nawet sądownie karany. Leczenie tych chorób trwa zazwyczaj długo, ale są one wyleczalne. — Aby się ustrzec chorób płciowych, stosuj się do następujących rad: 1). Polecenia godnem jest wstrzymanie się od stosunków płciowych aż do czasu zawarcia małżeństwa; tyczy się to zarówno mężczyzny, jak kobiety. — 2). Natomiast wstępuj w związki małżeńskie w młodym wieku; mężczyzna już w 24-tym, kobieta najwcześniej w 20-tym. Towarzysza lub towarzyszkę życia wybieraj rozważnie, zwracaj przedewszystkiem uwagę na to, aby to była osoba zdrowa, z rodziny, którą znasz, w której niema złych nałogów (pijaństwa) lub ciężkich chorób. Głównym bowiem celem małżeństwa jest płodzenie zdrowego potomstwa. — 3). Nie utrzymuj stosunków płciowych pozamałżeńskich, a szczególniej z osobami nieznanemi, złego prowadzenia się, hulakami i t. d. — 4). Jeżeli jesteś człowiekiem słabej woli i powyższych kilku rad nie jesteś w stanie usłuchać, lub jeżeli inne okoliczności zmuszają cię do utrzymywania stosunków pozamałżeńskich, to chcąc do pewnego stopnia uchronić się przed zarażeniem, powinieneś po każdem spółkowaniu: a) oddać mocz; b) zmyć dokładnie członek i moszna (worek jądrowy) wodą z mydłem; kobiety niech przepłukają pochwę lub podmywają się wodą ciepłą z mydłem; c) zapuścić zapomocą zakraplacza kilka kropel rozczynu 10% protargolu do cewki moczowej i zatrzymać w niej przez 3 minuty; d) gruntownie natrzeć członek i napletek 30% maścią kalomelową; przy myciu i nacieraniu maścią należy napletek ściągnąć i wewnętrzną jego stronę dokładnie oczyścić. Zakraplacz należy przed użyciem osuszyć czystą watą, po użyciu przepłukać wodą i włożyć do rozczynu kwasu karbolowego. — 5). Nie spółkuj nigdy w stanie nietrzeźwym, lub z osobą nietrzeźwą. Nie pij alkoholu. — 6). Nie dotykaj ócz brudnemi rękami, któremi dotykałeś przed chwilą części płciowych. — 7). Nie całuj w usta, nie używaj cudzych chustek do nosa, ręczników, serwet; nie śliń ołówków, nie śliń palców przy obracaniu kartek lub liczeniu pieniędzy, nie całuj obrazów świętych lub krucyfiksów na odpustach, lub wogóle w kościołach, gdzie przed chwilą mogła tosamo uczynić osoba, dotknięta chorobą zaraźliwą; nie bierz do ust niedopalonych papierosów, pozostawionych przez inne osoby, nie używaj cudzej fajki; nie kąp się w tej samej wodzie, w której się już inna osoba wykąpała; nie pij z cudzego nieoczyszczonego dokładnie naczynia, nie jedz cudzą łyżką, widelcem lub nożem. Wymagaj w restauracyach, aby podawane naczynie było czyste, wymyte dokładnie i przepłukane w czystej wodzie bieżącej. — 8). Każda matka, o ile jest zdrowa, powinna sama karmić piersią własne dziecko. Jeżeli wybór mamki jest niezbędny, trzeba przekonać się dokładnie, przez badanie lekarskie, czy jest zdrowa. Mamka powinna się także przekonać, czy dziecko jest zdrowe; nie powinna karmić dziecka chorego na kiłę. — 9). Noworodkom należy wpuścić zaraz po urodzeniu do ócz po parę kropel 5% rozczynu protargolu. — 10). Rodzice pouczać powinni starsze dzieci o znaczeniu chorób płciowych. — Jeżeli spotkało cię nieszczęście, żeś się zaraził, to: 1). Udaj się natychmiast do lekarza o poradę, bo im wcześniej zaczniesz się leczyć, tem pewniej wyzdrowiejesz. Nie kryj się z chorobą przed lekarzem, lecz z całem zaufaniem przedstaw mu swoje cierpienie. Nie wierz zabobonom i nie trać czasu i pieniędzy na leczenie się u znachorów; nie słuchaj też rad t. zw. doświadczonych przyjaciół. Ponieważ leczenie trwa zazwyczaj dosyć długo, jest kosztowne i krępujące, udaj się najlepiej do najbliższego szpitala, a tam bez przeszkód, gruntownie się wyleczysz. — 2). Uważaj, abyś drugich nie zarażał, szczególniej żony; przez cały czas trwania choroby musisz się bezwarunkowo wstrzymać od stosunków płciowych, szkodziłoby to nietylko tobie, ale drugą osobę wpędziłbyś w nieszczęście; przy kile głównie dlatego, by nie spłodzić, będąc jeszcze nie zupełnie wyleczonym, dziecka chorego, obarczonego tąsamą ciężką chorobą, ale i nie zarazić żony drogą nasienia, które również może jad zawierać. Mając wrzodziki kiłowe w jamie ustnej, lub inne zewnętrzne objawy tej choroby gdziekolwiek na ciele, bezwarunkowo i bez wyjątku wstrzymać się musisz od stosunków płciowych. Będąc chorym, staraj się o własne naczynie stołowe, serwety, ręczniki i t. d. Bielizna twoja powinna być przed oddaniem do prania odkażona w osobnem naczyniu przez gotowanie w wodzie z dodatkiem 2% sody. — 3). Części płciowe utrzymuj w czystości. Myj często ręce. — 4). Nie wolno ci bezwarunkowo wstępować w związek małżeński, dopóki się nie wyleczysz zupełnie, dopóki lekarz nie powie ci, że jesteś już zupełnie zdrów i że związek małżeński zawrzeć możesz«.

Dla ludności miejskiej pouczenie wspomina jeszcze o zapobiegawczem używaniu kondomu. Pouczenie to, napisane przez doc. dr. T. Janiszewskiego, rozeszło się dotąd w 10.000 egzemplarzach. Dostać je można po cenie kosztów w miejskim Urzędzie zdrowia w Krakowie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 17. V. 1916 posiedzenie, na którem prof. Rosner przedstawił preparat operacyjny z kliniki położniczej, a dr. Mayer miał wykład o rozpoznaniu różniczkowem duru brzusznego i plamistego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Eugeniusz Artwiński, rodem z Warszawy.

— Prof. Dr Julian Nowak powołany został na naczelne stanowisko w oddziale rolniczym rządowego Zakładu odbudowy kraju.

— Na liczne zapytania kolegów z Królestwa i Galicyi odpowiadamy, że ze zdrojowisk galicyjskich będą w tym roku czynne: Zakopane, Krynica, Rabka, Truskawiec. W Szczawnicy otwarty będzie w każdym razie zakład na Miodziusiu, w Kosowie będzie zakład czynny tylko w zmniejszonym zakresie. Z innych zdrojowisk nie uzyskaliśmy żadnych dotąd wiadomości.

— Zarząd Akademii Umiejętności ogłasza na mocy statutu fundacyi ś. p. Dr. Michała Zieleniewskiego, zatwierdzonego przez c. k. Namiestnictwo we Lwowie reskryptem z dnia 25 stycznia 1913 Nr. XIII b. 86/1, dwa konkursy: Konkurs pierwszy z terminem po koniec roku 1920 na uzupełnienie »Słownika bibliograficzno-balneologicznego polskich zakładów zdrojowo-kąpielowych«, wydanego przez ś. p. Dra Michała Zieleniewskiego w r. 1891. Rękopisy należy nadsyłać do Kancelaryi Akademii Umiejętności najpóźniej do 31 grudnia 1920 roku. Autor obowiązany jest dostarczyć zupełnie wykonanego rękopisu i nie ma prawa żądać zaliczek; po przyjęciu uzupełnienia »Słownika« otrzyma autor honoraryum wedle arkusza, w wysokości przez Akademię ustanowionej. Konkurs drugi na pracę, poświęconą ściśle naukowemu badaniu i opisowi rodzimych wód mineralnych polskich, a to na temat dowolnie przez autora obrany, byleby tylko autor, ubiegający się o nagrodę, przedłożył ją we właściwym czasie Akademii Umiejętności, a to bądź w druku, bądź w rękopisie. Przedmiotem prac, mogących ubiegać się o nagrodę, będzie naukowe zbadanie i opis nie pojedynczych źródeł naszych wód mineralnych, ale całych działów wód lekarskich polskich i ich działania leczniczego, jakoto: szczaw, wód siarczanych, żelazistych, uzdrowisk klimatycznych i t. d. Zaliczki na zamierzone tego rodzaju badania, na podróże w tym celu przedsiębrać się mające i t. p. wydatki, nie mogą być udzielane z niniejszego

funduszu. Jedynie dokonane i gotowe opracowania będą wynagradzane. Gdyby którego roku żadnej pracy do nagrody nie przedłożono, lub żadna z przedłożonych na nagrodę nie zasługiwała, może Akademia Umiejętności albo przenieść tę nagrodę na lata dalsze w ten sposób, że nagrodę stanowić będzie dwu-, trzechletni i t. d. dochód fundacyjny, albo zarządzić dodanie nieużytej kwoty premiowej do kapitału fundacyi (§ 1, ustęp a), Nagroda nie może nigdy wynosić więcej, niż pięcioletnie odsetki. Jednoroczny dochód fundacyjny, przeznaczony na nagrodę, wynosi około 780 K. Prace na konkurs niniejszy należy nadsyłać do Kancelaryi Akademii najpóźniej do 31 grudnia 1917 r.

— Na fundusz im. Jordana (z przeznaczeniem dla wdów i sierot po poległych lekarzach) otrzymał Wydział Związku kraj. lekarzy kwotę 1054 koron, złożoną przez lekarzy w Administracyi »Nowej Reformy«. Wydział Związku dziękuje ofiarodawcom za pamięć o funduszu, Szan. Administracyi »N. Reformy« zaś za łaskawe przyjmowanie składek.

Lwów. W dniach 12 i 13. maja 1916 odbyły się posiedzenia c. k. Krajowej Rady zdrowia, pierwsze — w gronie ściślejszem, drugie — z udziałem zaproszonych znawców przedmiotu i przedstawicieli władz; oba posiedzenia poświęcone były sprawie zwalczania chorób wenerycznych w kraju, na pierwszem zaś przedstawił krajowy referent sanitarny, radca dr. Z. Lachowicz, także obecny stan zdrowotności w Galicyi.

— Memoryał w sprawie zdrowotności Lwowa opracowała lwowska miejska Komisya sanitarna i postanowiła zwrócić się z nim do rządu. W tym memoryale podniesiono między innymi następujące postulaty: Wydać popularne pouczenie o istocie chorób płciowych, zapobieganiu im i leczeniu; zorganizować akcyę dziennikarską celem peryodycznego umieszczania artykułów pouczających. Akcyę szpitalną urządzić, z tem, by każdy zakażony musiał być natychmiast przyjęty. Urządzić dla Lwowa i okolicy specyalny szpital z 400 do 500 łóżek dla mężczyzn i kobiet, zostawiając go po wojnie wyłącznie dla kobiet. Zwrócić się przez magistrat do władz wojskowych o rozszerzenie oddziału chorób płciowych w lwowskim szpitalu powszechnym z 250 na 650 lub 700 łóżek. Poczynić kroki dla uruchomienia przez rząd nowej kliniki dermatologicznej, przez co uzyskałoby się 60 do 120 łóżek. Zreorganizować ambulatorya i system leczenia w nich. Dostarczyć ubogim lekarstw i porady lekarskiej w ambulatoryach darmo, na koszt rządu. Ustanowić w ambulatoryach obok lekarzy, także lekarki dla kobiet. Uzyskać od rządu odpowiednie urządzenie dla biur sanitarno policyjnych. Roztoczyć ścisły nadzór nad mamkami, przez poddawanie ich badaniu lekarskiemu. Zabronić leczenia pokątnego przez szarlatanów drogą ogłaszania w dziennikach.

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska podaje do wiadomości następujące rozporządzenie: »C. i k. Komenda wojskowa N. 9 w Stryju zawiadomiła pismem z d. 13 kwietnia L. 307/33, że wszyscy ci pp. lekarze, którzy wystawiają świadectwa szczepienia lub rewakcynacyi od ospy osobom, których wcale nie szczepili lub nie rewakcynowali, będą pociągnięci do odpowiedzialności i karani grzywną porządkową. Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie udzielam do wiadomości z prośbą, aby poleciła wszystkim lekarzom tutejszym zaniechanie wystawiania świadectw szczepienia lub rewakcynacyi od ospy dla osób, których wcale nie szczepili lub nie rewakcynowali. — Stryj d. 26 kwietnia 1916. C. k. Radca Namiestnictwa i kierownik Starostwa, Czepielewski m. p.«

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska podaje do wiadomości lekarzy, że miasteczka Tyśmienica, Kamionka i Cieszanów, oraz ich najbliższe okolice, są zupełnie pozbawione opieki lekarskiej. Zachęcając lekarzy do osiedlenia się w tych miejscowościach, zaznacza Izba, że według zawiadomienia odnośnych starostw lekarze w tych miasteczkach liczyć mogą na rozległą praktykę. — Lwów 20. V. 1916. — Prezydent Izby: Dr. Papée.

— Doc. dr. Wincenty Czernecki złożył Senatowi Wszechnicy lwowskiej 700 koron, jako zawiązek fundacyi im dr. Tadeusza Żulińskiego, poległego na polu walki Legionów. Z fundacyi korzystać ma niezamożna młodzież, potrzebująca leczenia w zdrojowiskach.

Poznań. »Nowiny lekarskie«, wychodzące na razie jako kwartalnik (zamiast miesięcznie), wydały pierwszy zeszyt tegoroczny; w słowie wstępnem znajdują się słowa gorącego — a ze wszech miar zasłużonego — uznania dla dotychczasowego redaktora, dr Stanisława Łazarewicza, który po 9-letniej pracy ustępuje z tego stanowiska z przyczyny nadmiaru zajęć, spowodowanego służbą wojskowo-lekarską. Redakcyę naczelną »Nowin« objął, jak donosiliśmy, radca dr Dziembowski sen.; współredaktorem jest dr St. Szuman.

— W Poznaniu obchodzono w kwietniu 50-lecie doktoratu dr. Ignacego Zielewicza, długoletniego prymaryusza oddziału chirurgicznego w zakładzie P. P. Miłosierdzia, gorliwego działacza na niwie społecznej. Czcigodnemu Jubilatowi składa ze swej strony serdeczne życzenia nasze pismo.

Warszawa. Towarzystwo higieny praktycznej im. Prusa wydało odezwę »O środkach walki z zarazą weneryczną«, w której wzywa do roztoczenia opieki nad matkami i dziećmi zapomocą towarzystw dzielnicowych, popieranych materyalnie przez miasta, do tworzenia zakładów odkażających i odwszawiających z kąpielami i pralniami, do leczenia we wszelkich ambulatoryach i zakładania nowych, do tworzenia osobnych oddziałów szpitalnych. Odezwa kończy się słowy: »To wszystko musi być zrobione, na to muszą być środki. Jeżeli teraz nie znajdziemy tysięcy dla ochrony społeczeństwa od zwyradniających skutków zarazy wenerycznej, to za lat kilka miliony wydamy na szpitale obłąkanych, a strat, jakie społeczeństwo poniesie przez utratę będących w pełni sił twórczych opiekunów rodzin, obniżenie siły rozrodczej narodu i jego zdrowia, niczem nie powetujemy«.

— Dowiadujemy się, że Uniwersytet warszawski zaprosił prof. dr. L. Popielskiego ze Lwowa do wykładów fizyologii, a doc. dr. J. Pruszyńskiego do wykładów farmakologii i farmakognozyi.

— Prezesem kasy im. Mianowskiego wybrany został w miejsce ś. p. dr. Dobrskiego inżynier Feliks Kucharzewski (w kwietniu 1915), a członkiem komitetu na jego miejsce rektor dr. J. Brudziński.

— Dr. Maryan Eiger z Warszawy został prywatnym docentem uniwersytetu w Bernie w zakresie fizyologii (Med. i Kron. lek. 1915. 17).

Z różnych stron. Z pracujących w Rosyi Polaków został doc. dr. E. Zebrowski z Kijowa mianowany profesorem kliniki dyagnostycznej w Charkowie (po ś. p. prof. Openchowskim), dr. Jan Studziński docentem chorób wewnętrznych w uniwersytecie kijowskim, a prof. dr. Konrad Wagner z Kijowa został powołany na katedrę kliniki wewnętrznej w Moskwie.

— Doszedł obecnie rąk naszych Nr. 1. drugiego rocznika »Biuletynu Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago« ze stycznia r. b., zawierający prócz sprawozdania z posiedzenia grudniowego

także sprawozdanie z czynności Towarzystwa w r. 1915. Rok ten był dla Towarzystwa bardzo pomyślny: przybyło 12 członków i liczba ich wynosi obecnie (z zamiejscowymi) 81. Posiedzenia odbywały się regularnie co miesiąc (prócz feryi), gromadziły średnio 22 uczestników; wykładów odbyło się 11. Zaznaczyła się też wzrastająca koleżeńskość i łączność, oraz żywy udział w akcyi filantropijnej na ofiary wojny w Polsce. Na rok 1916 wybrany został prezesem dr. Pietrowicz, wiceprezesem dr. Balcerzak, kasyerem dr. Boguszewski, sekretarzem dr. Pietrzykowski.

Zmarli. Głośny fizyolog prof. Pawłow w Moskwie, anatomowie lord Turner w Edynburgu, prof. Schwalbe w Strassburgu, patolog prof. Chiari w Strassburgu, higienista prof. Römer z Halle (na dur plamisty), chirurg prof. Kehr w Hamburgu;

dr. Jan Starachowicz w Turce, dr. Edward Piotrowski, lekarz powiatowy w Kamionce, obaj z duru plamistego, dr. Czesław Górski, lekarz salinarny, radca miejski i dyrektor Kasy oszczędności w Bochni, Dr. Waleryan Wilczewski, były ordynator szpitala w Kaliszu, w 81 r. życia w Warszawie.

W Królestwie w r. 1914 zmarli: W Warszawie Stanisław Michałowski w 71 r. ż., Witold Wikarski, b. ordynator szpitala wolskiego w 71 r. ż., Adolf Szpanbok w 52 r. ż., Bernard Polikier, Stanisław Bartkiewicz (z Gródka) w 77 r. ż., Maciej Słomiński, lekarz powiatowy w Pułtusku w 62 r. ż., Bolesław Szanecki w Hrubieszowie w 50 r. ż., Józef Paschalis-Jakubowicz w Dąbrowie w 57 r. ż., Kazimierz Podbielski w Kutnowskiem, Jan Brudnicki z Sieradzkiego w 44 r. ż. i J. Konasewicz w Piotrogrodzie, Ludwik Szymanowski w 72 r. ż. w Łowiczu, Mieczysław Janczewski w 64 r. ż. w Bychawie (lubelskie), Edward Bernhardt z Łodzi w 74 r. ż. w Charkowie; we Francyi na polu bitwy dr. Jan Danysz, kierownik pracowni radyologicznej Tow. naukowego warsz., w 30 r. ż.;

w r. 1915: w Warszawie, Mieczysław Halpern, autor cennych badań z zakresu przemiany materyi, ordynator szpitala zakaźnego, w 35 r. ż. (z duru plamistego), Cezary Kossowski w 68 r. ż., Antoni Kruszewski, Aleksander Zylberman w 53 r. ż., Adolf Rappel, starszy ordynator szpitala żydowskiego, Anna Tarapaniówna w 29 r. ż. (z duru); — Tadeusz Zaborowski z Łodzi w 54 r. ż. w Szwajcaryi, Jerzy Urbanowicz z Warszawy w 28 r. ż. w Ekaterynburgu, Henryk Krzyczkowski w Zamościu (z duru plamistego), Adam Gruchalski z Kleczewa (kaliskie) jako jeniec na Śląsku pruskim w 44 r. ż., Franciszek Kosicki w Radomiu w 53 r. ż., Feliks Drecki w Kaliszu w 66 r. ż., Antoni Zajączkowski w Brooklynie, Stanisław Urban w Sejnach (z duru plam.), Włodzimierz Daniewski w Lublinie w 53 r. ż., Józef Wilczyński w Grodzisku, Lucyan Kozicki w Baranowiczach, Maurycy Rittenberg (zginął jako legionista) z Warszawy;

w r. 1916 zmarli w Warszawie: Wincenty Korwin-Szymanowski, Roman Nawroczyński w 66 r. ż, Stanisław Słonimski w 63 r. ż., Jan Jarzymski (z duru plamistego), Samuel Swieca, Dominik Wójcicki, ordynator warsz. szpitala dla dzieci; — dalej: Stanisław Dąbrowski w Łodzi, Józef Winawer w Serbii, Ludwik Libkind-Lubodziecki w Tarnowie (opoczyńskie) w 69 r. ż., J. Sołowiejczyk w Tomaszowie rawskim, Wojciech Zieliński w Piątku, Magnus Brokman w Haliczu, Samuel Gerszuny w Łodzi, Helena Niwińska w Radogoszczu, Karol Jamiołkowski w Radzyminie.

Redakcya otrzymała: Adolf Klęsk: Chirurgia nerwów obwodowych. Kraków 1916. str. 109. — Karwacki i Biernacki: O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem. Warszawa 1916. (Wydawnictwo »Gazety lek.«). — Kostrzewski: Ein akuter Malleusfall beim Menschen mit positiver Blutkultur (Ztbl. f. Bakt. 1916). — Józef Jaworski: Teodor Borysowicz (wspomnienie pośmiertne) (Gaz. lek. 1916). — Serkowski: Bacillus s. granobacillus putrificus nov. sp. (Zentr. f. Bakt. 1914). —

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung im 12 Monatsheften. 1916. (Monachium, J. F. Lehmann), Zeszyt 4. Cena 2 M., Zeszyt 5. Cena 2 M. Zeszyt kwietniowy »Kursów« zawiera, jak corocznie, rozprawy z zakresu chorób dróg moczowych, dermatologii i syfilidologii, a mianowicie Prof. Schlayera: »Wpływ chorób zakaźnych na nerki«, dr. Böhmego: »O zapaleniach nerek i zaburzeniach pęcherza według piśmiennictwa z czasu wojny«, prof. Josepha: »Urologia, choroby skórne i weneryczne«.

Zeszyt majowy wypełniają rozprawy z zakresu neurologii i psychiatryi, a mianowicie: Prof. Marburga o neurologicznych skutkach wojny i wojennych uszkodzeniach nerwów obwodowych, dr. Manna o powrocie uszkodzonego przewodnictwa w nerwach obwodowych, prof. Weygandta o zadaniach psychiatryi po wojnie i dr. Kafki o wynikach badań serologicznych w zakresie neurologii i psychiatryi.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.

Gazeta lek. 1914. Nr 30—52: Jaworski: O powstawaniu i znaczeniu węzłów prawdziwych pępowiny (31). — Szczawińska: Beztlenowce i ich udział w patologii ludzkiej (30—32). — Hornowski i Sabatowski: Przypadek akromegalii (32—34). — Bruner: O leczeniu pryszczycy promieniami Roentgena (33). — Obarski: Przyczynek do otrucia spirytusem skażonym (34). — Grzywo-Dąbrowski: O znaczeniu sądowolekarskiem badania pośmiertnego mózgu osób, zmarłych na porażenie postępujące (35). — Czarnocki: W sprawie podniesienia poziomu medycyny prowincyonalnej (35). — Jonscher i Przedpełska: Przypadek moczówki cukrowej u dziecka (36—37). — Szmurło: O leczeniu cierpień worka i kanału łzowego drogą zabiegu chirurgicznego wewnątrznosowego (38). — Janowski: Kilka wskazań do stosowania wody utlenionej (39). — Pruszyński: O powstawaniu tonów serca (40). — Kryński: Nowsze doświadczenia w zakresie chirurgii wojennej (41—46). — Orłowski: W sprawie cholesterynemii (42—44). — Męczkowski: Organizacya opieki lekarskiej domowej dla ubogich (45—46). — Jaworski: S. p. Fr. Neugebauer (47). — Szulc: O działaniu światła na bakterye w obecności barwików fluoryzujących (48—49). — Janowski: Kilka uwag w sprawie stosowania salicylanu sodu i kwasu salicylowego (50—52).

Gazeta lekarska 1915 (rocznik pięćdziesiąty). Nr 1—52: Artykuł wstępny jubileuszowego rocznika (1). — Rzętkowski: O własnościach chemicznych zawartości żołądkowej w ostrym toksycznym katarze żołądka (1). — Puławski: Przyczynek do błędów w rozpoznawaniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (1). — Flatau i Handelsman: Badanie doświadczalne nad nagminnem zapaleniem opon mózgowordzeniowych (2—4). — Sawicki: Przypadek wrodzonego szyjno-grzbietowego skrzywienia kręgosłupa (5—6). — Pawiński: Ś. p. Dr Konrad Dobrski (6). — Janowski: Utrudnione łykanie płynów, jako wczesny objaw rozszerzenia łuku tętnicy głównej (7—8). — Puławski: Utrudnione łykanie jako objaw rozszerzenia lewego przedsionka (8). — Danysz: Leczenie ran postrzałowych środkami przeciwgnilnymi bardzo rozcieńczonymi (9). — Rzętkowski: O zawartości cukru we krwi w stanach dusznościowych (10—11). — Bregman: Przyczynki do zapalenia wielonerwowego (12—14). — Likiernik: Z kazuistyki okulistycznej (15—16). — Oyrzanowska: Ś. p. Bronisław Ziemiński (17). — Tryjarski i Saski: O leczeniu twardzieli szczepionką swoistą (17—19). — Rzętkowski: Mieczysław Halpern (wspomnienie pośmiertne) (18). — Bernhardt: Łojotok a gruźlica (20—22). — Gajkiewicz: Przypadek krwotoku rdzenia po postrzale (23—26). — Pruszyński: S. p. Grzegorz Ziembicki (25). — Grudziński: Uproszczony sposób określania położenia pocisków (27). — Ś. p. Augustyn Łogucki (28). (C. d. n.).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**